67908

Class _____. No. _____

Presented by

H. A. Hare, M. D.

*2.60

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/newyorkermedizin1519unse

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Staedte New York, Chicago, Ill., Cleveland, O. und San Francisco, Cal.

Herausgegeben und redigirt von

Dr. A. RIPPERGER.

Band XV.

Januar-December,

1903.

NEW YORK.

DRUCK DER CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.

17 to 27 Vandewater Street, N. Y.

MAY 10 1905

UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA

New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Herausgegeben und redigirt von Dr. A. Ripperger.

Inhaltsverzeichniss von Bd. XV.

Seite.

A.

Abdominaltyphus, Pathogenese.. 496
— und Trinkwasser.....84, 235
Abscess, grosser zwischen Vagina und Rectum..... 355
— subphrenischer 273
Achylia gastrica, Klinik ders.... 463
Acne hypertrophica..... 29
Acromegalie 160
Adrenalin 540
Aether oder Chloroform..... 77
Aethernarcose, Beitrag zu ders.. 257
— Vorzüge ders. 217
Aetzkalilösung, Verschlucken ders. gefolgt von Oesophagusstenose 562
Agurin, ein nues Theombrominpräparat 353
Ameisensäure, neue Anwendung ders. 41
American Electro - Therapeutic Association, 13. Jahresversammlung 374
American Urological Association. 138
Anaemische Zustände, Behandlung mit Mangan-Eisen-Pepton „Gude“..... 112
Anaesthesin 409
— in der rhino-laryngologischen Praxis 110
Anaphrodisiacum 89

Seite.

Aneurysma aortae dissecans traumaticum 560
Angioma racemosum 547
Anilinvergiftung, chronische gefolgt von Neuritis optica.... 31
Aorta, Aneurysma dissecans traumaticum 560
Aortenaneurysma, Diagnose..... 149
Aorteninsufficienz 564
Apenta-Bitterwasser 109, 566
Appendicitis acuta 227
Appendicitis, Hypaesthesie bei ders. 452
Appendicostomie 559
Appendix mit dem Brucksack verwachsen 551
Approbation für Specialärzte.... 279
Aristochin, ein Ersatzmittel des Chinins 371
— gegen Keuchhusten 185
Arm, ist das Abschneiden des vorgefallenen zweckdienlich? 355
Arteria fossae Sylvii, Erweichungsherd im Gebiete ders... 116
Arteriitis syphilitica..... 116
Arteriosclerose, Symptomatologie der gastrointestinalen Störungen bei ders. 314
Arthropathie bei Tabes dorsalis. 165
Arzneimittelschwindel 469
Aspirin 469

67908

Seite.

Asthma, Behandlung 524
— Pathologie und Therapie.... 500
Atropinbehandlung des Ileus.... 41
Auge, Folge einer Chininvergiftung für dass. 346
Augenblenorrhoe der Neugeborenen, Prophylaxe ders. durch Protargol 109
Augenheilkunde, neuere Heilmittel in ders. 277
Augenheilmittel, die neueren 206, 277
Augenkranke im Landesspitale zu Laibach 204
Ausländer, die in Frankreich Medicin studiren 282
Austreibungsperiode, Scheidenriss während ders. 533

B.

Bacteriologisch-chemisches Practicum 208
Bacteriologische Untersuchungen. 207
Badeärztliches Handbuch 442
Bandwurmmittel, Wirksamkeit der verschiedenen 351
Becken, Geburtsleitung bei dem engen 150
Beckenhochlagerung und ihre Gefahren 150
Besteck, neues geburtshülfliches. 129
Beta-Eucain 366
Bindehautentzündung 542
Blaues Licht zur ausschliesslichen Behandlung der Lungentuberculose und anderer tuberculöser Erkrankungen.. 310
Blaulicht 283, 354
Blinddarmentzündung, Behandlung mit Terpentinöl..... 153
Blutdruckmessungen zur Behandlung von Scharlach..... 313
Blutung im Douglas..... 355
Bromipinclystiere 373
— in der Kinderpraxis..... 405
Bromocoll bei Pruritus..... 506
Bruchsack mit dem Appendix verwachsen 551
Brucin als Gegenmittel beim Morphinismus 539

Seite.

C.

Caput obstipum 411
Carcinom, Aetiologie, parasitäre. 317
— frühzeitige Diagnose und operative Entfernung.. ...47, 159
— des Darmes 361
— der Gallenblase 166
— der Mamma 30, 227
— — bei einem Manne..... 272
— des Mastdarms 552
— des Oesophagus 221
— des Ovariums 560
— der Pleura 560
— des Uterus 227
— der Vulva 227
Carcinome mit starker Zellproliferation 91
Catgut, Sterilisirung dess. 43
Catheter, Sterilisation der seidenen 365
Charcot's Arthropathia bei Tabes dorsalis 165
Chicago, Deutsche Medicinische Gesellschaft...41, 113, 119, 122, 126, 164, 170, 175, 218, 220, 223, 227, 354, 411, 509, 514
Chinin, Aristochin ein Ersatzmittel für dass. 371
Chininvergiftung, Folgen ders. am Auge 346
Chloroform oder Aether..... 77
Chloroformnarcosen, 500 in der gynäcologischen Praxis..... 79
Choloroformnarcose, Prophylaxe. 505
Cholaemie 274
Cholelithiasis, Behandlung mit Eunatrol 185
Cigarrenfabriken, Auftreten der Tuberculose in dens. 308
Citronensaures Silber bei Gonorrhoe 374
Clavicularfracturen Neugeborener 318
Cleveland, Deutsche Medicinische Gesellschaft 45
Coeliotomie, Grenzen zwischen vaginaler und abdominaler.-, 271
Collargol 256
— rectale Application 517

Seite.

Collargolbehandlung, intravenöse bei septischen Processen.... 380
Collargolinjectionen, intravenöse bei septischen Processen.... 320
Collargolinjectionen, intravenöse bei septischen Erkrankungen. 230
Colonbacillus, haematogene Infection durch dens. 122
Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie..... 357
— der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 179
— XI. internationaler medicinischer 187
— internationaler für Schulhygiene 420
Conjunctivale Deckung, Technik und Indication 41
Coxitis, Stützapparat für dies... 271
Creosotal bei Pneumonie....321, 343
Curpfuscherei in Oesterreich.... 280
Cystenniere bei einem Embryo.. 560
Cystitis, Behandlung der chronischen 185

D.

D'Arsonval-Tesla'sche Ströme in der Praxis 565
Darmdesinfection 403
Darmkrebs, anatomische und klinische Untersuchungen 361
Decubitus, neues Mittel gegen dens. 507
Dermatologie als Specialität und die practischen Aerzte 423
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Congress 357
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Congress 179
Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill. 41, 113, 119, 122, 126, 164, 170, 175, 218, 220, 223, 227, 354, 411, 509, 514, 566
— — — der Stadt Cleveland, Ohio 45
— — — der Stadt New York. 29, 82, 154, 453, 459, 543, 547, 566

Seite.

Diabetes, Behandlung 311
Dionin 45, 186
— in der Augenheilkunde..... 277
Diphtherie, Formalin bei ders. .. 148
Douglas, Blutung in dems. 355
Dunbar's Heufiebertoxin und Antitoxin 259
Dymal 416

E.

Empyem der Lunge..... 274
— der Stirnhöhle 220
Empyema thoracis, Behandlung.. 225
Empyroform 327
Enuresis, Behandlung 314
Epitheliom 267
— der Mundhöhle 459
— der Nase mit X-Strahlen behandelt 155
Epitheliale Gewebe, Einfluss der Röntgenstrahlen auf dies. .. 359
Epityphlitis, Operation 363
Erythem, Moulage einer Hand mit 268
Ethik, ärztliche 59, 125
Euchinin 368
Eunatrol bei Cholelithiasis...185, 370
Exsudat, puerperales mit Pericystitis 355
Extraduralabscess 219
Extramedullarer Tumor 543
Extrauterinschwangerschaft 453
— Aetiologie, Diagnostik und Therapie 508

F.

Fettsucht, Behandlung..... 543
Fibrom, intrauterines..... 509
Fingernägel, einige Erkrankungen ders. 159
Finsen'sche Lichtbehandlung Lampe hierzu 33
Foetor ex ore gastro-intestinalen Ursprungs 504
Folia haematologica..... 566
Formalin bei Diphtherie..... 148
Formalin-Lampe „Hygiea"..... 530
Fracturen, Massagebehandlung.. 360
Fremdkörper, Extraction aus Pharynx und Oesophagus... 348

Seite.

Furunculosis, Behandlung..... 81
Fussabdrücke, Herstellung..... 108
Fusscontractur 155
Füsse, schmerzende 319

G.

Gallenblase, Carcinom..... 166
Gallensteinkolik 273
— Behandlung mit Eunatrol... 370
Gastrointestinale Störungen bei Arteriosclerose 314
Gaumentumor 126
Geburt, spontane und Clavicularfracturen 318
Geburtsleitung beim engen Becken 150
Geheimmittel 421
Gehirnsyphilis, hereditäre..... 503
Gelenkleiden, Behandlung einiger chronischer 331
Gelenktuberculose, Diagnostik.... 359
Geschlechtskrankheiten, Bekämpfung ders. 137
Geschlechtstrieb beim Weibe.... 380
Geschwulstbildung mit Rücksicht auf die parasitäre Aetiologie der Carcinome 317
Gesichtsfelduntersuchung, Resultate und Aufgaben..... 347
Gesichtslagen 355
Gewebswucherung mit Rücksicht auf die parasitäre Aetiologie der Carcinome 317
Gonorrhoe, Behandlung mit citronensaurem Silber 374
— — mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen 151
Griechische Sprache, Bedeutung ders. 322
Gude's Pepto-Mangan 418

H.

Haematometra 165
Haematurie 44
Haemochinin 44
Haiti, Clima und Krankheiten.. 375
Halsdrüsen, tuberculöse 364
Hammerfortsatz, Verwachsung dess. mit dem Promontorium 219
Harnröhre, Keimgehalt der weiblichen 406
Harnsaure Diathese, Urosinbehandlung 407
Hartparaffinprothesen, spec. bei Hernien 362
Heilmethoden, physicalische..... 511
Heilstättenbehandlung Lungenkranker 450
Hemdknopf aus der Lunge auf natürlichem Wege entfernt.. 410
Hemihypertrophie 562
Hernien, Hartparaffinprothesen bei dens. 362
Hernienoperation 362
Heroin als Sedativum und Narcoticum 213
Heroinum hydrochloricum als Anaphrodisiacum 89
— — Anwendung in der Gynäcologie 28
Heroterpine 466
Herzaffectionen, syphilitische.... 145
Herzsyphilis 543, 552
Heufieber, neuere Erfahrungen über das Wesen dess. und seine Behandlung 257
Heufiebertoxin und Antitoxin.... 259
Hirnchirurgie 364
Hirntumor, erfolgreich operirt.. 461
— Röntgenaufnahme dess. 461
Hodenatrophie, idiopathische.... 83
Hodgkin'sche Krankheit..... 154
Hüftgelenksluxation, angeborene reponirt 270
Hüftluxation, angeborene 349
Hyoscin-Morphiumnarcose 80
Hypaesthesie bei Appendicitis... 452
Hyperemesis gravidarum 345
Hypnose vor Gericht..... 279

I.

Idiotie, amaurotische familiäre.. 561
Ileus 562
— Atropinbehandlung 41
Itrol citronensaures Silber..... 374

J.

Jackson'sche Epilepsie, chirurgische Behandlung 364

Seite.
Jodipin 466
— zu subconjunctivalen Injectionen 278
Jodoform, antiseptische Wirkung. 361
Juckausschläge im Kindesalter... 506

K.

Kalk und Tuberculin bei Lungentuberculose 106
Kehlkopf, künstlicher..... 223
Keloid 113
Keuchhusten, Behandlung mit Aristochin 185
— Nutzen der Formalin-Lampe. 530
Kindesalter, Juckausschläge in dems. 506
Kjeldsenlampe 33
Klappenfehler 254
Knochenatrophie, acute 349
Knochenbrüche, Massagebehandlung 537
Knochentuberculose, Diagnostik. 359
Kopf, ein neuer Vorschlag zur Behandlung des nachfolgenden 352
— ist das Abschneiden des schon entwickelten gerechtfertigt? 355
Koplik'sche Flecken 538
Krebs, s. Carcinom.
Kreislauforgane, Erkrankungen ders. 254

L.

Lateinische Sprache in der medicinischen Literatur 518
Leberabscess, multipler 274
Leberatrophie, acute gelbe..... 220
Leberzuckerprobe, forensische Bedeutung des. 257
Leitungsanaesthesie 364
Leucocytose bei Perityphlitis.... 363
Lichen planus 175, 227
Lichtbehandlung nach Finsen, Lampe hiezu 33
Lichtstrahlen, electrische bei Tuberculose 138
Lingua nigra 514
Literatur, medicinische und die lateinische Sprache 518

Seite.
Lungenbacillose, Behandlung mit Thiocol 153
Lungenempyem 274
Lungenkranke, Blutdruckmessungen an dens. 261
— ihre Tuberculin- und Heilstättenbehandlung 450
Lungentuberculose. Behandlung mit blauem Licht..... 310
— combinirte Behandlung ders. mit Kalk und Tuberculin.... 106
— —Diagnostik .....

M.

Magencolik 556
Magengeschwür 560
Magenkrebs, anatomische und klinische Untersuchungen.... 361
Magenmotilität, Einfluss der Somatose auf dies. 320
Magerkeit, Behandlung 543
Mammacarcinom 30, 227
— bei einem Manne..... 272
Mangan-Eisen-Pepton „Gude"... 112
Masern. Koplik'sche Flecken bei dens. 538
Massagebehandlung frischer Knochenbrüche 537
Mastdarmcarcinom. Resection.... 522
Mastoidoperation 218
— Indicationen und Technik ders. 131
Mediasti o. Pericarditis..... 363
Medical Magazine 469
Medicin, die in der Tagespresse. 305
Mesotan 43, 539
— practische Erfahrungen mit.. 211
— bei Rheumatismus 372
Microscopy, Medical 208
Migräne, Diagnose und Therapie. 403
Mitralinsufficienz musculären Ursprungs 165
Mittelohrentzündung, Behandlung der acuten 213
Morphinismus, Brucin bei dems. 539
Morphium-Scopolaminnarcose.... 538
Moulage einer Hand mit Erythem 268
Mundhöhle, Epitheliom ders. 459
Myom, subseröses 165

Seite.

N.

Nabelbrüche, Tabaksbeutelnaht des Peritoneums dabei..... 362
Nägel, deren Verhalten bei Erkrankungen des Gesammtorganismus 535
Narcose, Pulscontrollapparat für dies. 360
Nebennierenextract in der Rhino-Laryngologie 534
Nebennierendiabetes 116
Nephritis, chronische mit Ameisensäure behandelt 136
— postscarlatinöse 148
— traumatische 147
Netzhautablösung, neues Operationsverfahren zur Heilung ders. 217
Neuritis, multiple 265
Neuritis optica infolge chronischer Anilinvergiftung..... 31
Neubildungen, ihre Behandlung mit Radiumstrahlen 450
New York, Deutsche Medicinische Gesellschaft..29, 82, 154, 453, 459, 543, 547, 566
Nierenbecken, Stein in dems.... 355
Nierenchirurgie 365
Nierenentzündung, Behandlung der acuten 497
Nierenkranke, Ernährung und Therapie der chronischen... 312
Nierenleiden, Erleichterung ders. durch locale Therapie..... 176
Nierenruptur 365
Nierenstein, durch Nephrolithotomie entfernt 227
Nierenverletzungen 365
Nystagmus 563

O.

Oberkiefer, Osteosarcom dess.... 269
Obturationsileus 562
Obturator, neuer für das Urethroscop 543
Occultismus, Psychologie und Medicin 288
Oedem, hartes traumatisches.... 262
Oesophaguscarcinom 221

Seite.

Oesophagus, Extraction von Fremdkörpern aus dems.... 348
Oesophagusstenose in Folge Verschluckens von Aetzkalilösung 562
Operationsübungen an der Leiche 254
Orbita, Sarcom ders. 548
Osmologie, Stand der clinischen. 412
Osteosarcom des Oberkiefers.... 269
Otitis media, häusliche Behandlung 515
— purulenta 564
Ovarialcarcinom 560

P.

Pachymeningitis 564
Pancreasdiabetes 116
Parasiten, die thierischen des Menschen 208
Pemphigus 171
Pericystitis 355
Peritonitis tuberculosa.....164, 165
— — operative oder expectative Behandlung..... 166
Perityphlitis, Leucocytose hierbei 363
Perunaufug 421
Phalanxdiaphyse, Ersatz ders. durch ein Periostknochenstück der Ulna..... 360
Pharyngitis 42
Pharynx, Extraction von Fremdkörpern aus dems..... 348
Phosphorvergiftung, acute, Therapie 344
Physiologie Therapeutics 494
Placenta praevia 355
Plattfuss, neue Methode der Functionsprüfung dess..... 107
Pleuracarcinom, metastatisches.. 560
Pneumococcenperitonitis 363
Pneumonie, Behandlung mit Creosotal 321, 343
Pneumothorax, Aetiologie dess. im Kindesalter 27
Polymyositis 265
Polyencephalitis 563
Practicum, bacteriologisch-chemisches 208
Präparate, gynäcologische 550

Seite.
Preisaufgabe, dermatologische... 90
Primäraffecte, multiple genitale und extragenitale syphilitische 350
Privatbibliotheken, medicinische, Einrichtung 100
Prostatectomie, Erfahrungen mit der perinealen.....9, 221, 454
— perineale mit Steinextraction 453
Protargol in der Prophylaxe der Augenblenorrhoe der Neugeborenen 109
Pruritus, Behandlung mit Bromocoll 506
Pseudangina pectoris mit Aorteninsufficienz 116
Pseudologia phantastica 215
Pseudo-Specialist 275
Psoriasis, Behandlung 278
Psychiatrie, forensische 215
Pupillenstarre, hemianopische.... 346
Pulscontrollaparat für die Narcose 360
Pylorus mit hochgradiger Stenose und Geschwür..... 165
— mit zwei Geschwüren..... 165

Q.

Quadricepslähmung, geheilt durch Ueberpflanzung des Sartorius 360

R.

Radiumstrahlen, Behandlung von Neubildungen 450
Retroflexio uteri, Wahl der Behandlungsmethoden 406
Rheumatismus, Behandlung mit Mesotan 372
Rhino-Laryngologie, Nebennierenextract in ders. 534
Rhinophyma 29
Ricinusöl, Ersatz dess. bei der Bandwurmcur durch andere Abführmittel 351
Riesenwuchs 127
Rindertuberculose, Uebertragbarkeit auf den Menschen..... 504
Riva-Rocci'sches Sphygmometer. 138
Seite.
Röntgenaufnahme eines Hirntumors 461
Röntgenbehandlung eines Sarcoms der Orbita..... 548
Röntgenstrahlen, Einfluss ders. auf epitheliale Gewebe..... 359
— unbekannte Wirkung ders. auf den Organismus der Thiere 452
— zur Epitheliombehandlung... 155
Rundschau, russische medicinische 442

S.

Säuglingsernährung, künstliche.. 315
Salochinin 89
Sanduhrmagen 271
— Pathologie 362
Sarcom, myelogenes des Oberschenkels 360
—der Orbita 548
Sauerstofftherapie 501, 502
Scharlach, Behandlung mit normalem Blutserum..... 313
Scheidenriss während der Austreibungsperiode 533
Schielen, Theorie dess. 170
Schieloperation, heutiger Standpunkt ders. 170
Schussverletzung, interessante.... 348
Schwindler 421
Scopolamin-Morphiumnarcose. 80, 538
Scott's Emulsion 469
Sectio caesarea quer durch die Bauchdecken durch eine Hebamme 281
Secundärincubation, syphilitische. 350
Seekrankheit 255
Septische Erkrankungen, Behandlung mit intravenösen Collargolinjectionen 230, 320
Silbertherapie 256
Sirolin 320
Sociale Medicin, Monatsschrift.. 444
Somatose, Einfluss ders. auf die Magenmotilität 320
Soxhlet's Nährzucker 315
Spasmus nutans 263, 563
Specialärzte, Approbation ders.. 279

Seite.
Speichelsteine 519
Speiseröhre, Krankheiten ders... 254
Sphygmometer von Riva-Rocci.. 138
Sprachstörung 84
Stein im Nierenbecken..... 355
Stichverletzung des rechten Vorhofes 364
Stirnhöhle, Empyem ders. 220
Stützapparat für Coxitis..... 271
Stypticin 371
Sublamin 468
— zur Syphilisbehandlung..... 136
Suprarenin in der Augenheilkunde 278
Syphilid, serpiginöses 550
Syphilis, Behandlung mit Sublamin 136
— Vererbung ders. 316

T.

Tabes dorsalis, Arthropathie bei ders. 165
Tagespresse und die Medicin.... 305
Terpentinöl bei Blinddarmentzündung 153
Theerpräparat, trockenes und fast geruchloses 327
Theobrominpräparat, ein neues.. 353
Therapeutics of Infancy and Childhood 209
Therapie, moderne 485
Therapie, neue Bestrebungen in ders. 192
Thigenol 367
Thiocol 136, 320
— liquidum 418
— bei Lungenbacillose 153
Trinkwasser und Abdominaltyphus 84
Trinkwasser, seine Beziehung zum Typhus abdominalis.... 235
Tropon 468
Tuberculinbehandlung 107
— Lungenkranker 450
Tuberculindiagnostik, Werth ders. 449
Tuberculininjection, diagnostische 447
— probatorische 448
Tuberculin und Kalk bei Lungentuberculose 106
Tuberculosis, Auftreten in Cigarrenfabriken 308
— Beiträge zur Klinik..... 210
— electrische Lichtstrahlen bei ders. 139
— häusliche Behandlung ders.. 259
Typhus abdominalis, Pathogenese 496
— — und Trinkwasser 235
Typhusbacillen, Nachweis im Sputum 26
Typhusbacteriurie, Wirkung des Urotropin auf dies. 26

U.

Ulcus ventriculi 560
Unna's dermatologische Preisaufgabe 90
Untersuchungen, bacteriologische. 207
Uraemie, Venaesectio bei ders.. 148
Urethroscop, neuer Obturator für dass. 543
Urosin 566
Urosinbehandlung bei harnsaurer Diathese 407
Urotropin, Wirkung dess. bei Typhusbacteriurie 26
Uteruscarcinom 227
Uterus, exstirpirter mit partieller Haematometra 165
Uterus, myomatöser nach Apostoli's Methode behandelt.... 156
Uterusruptur, Aetiologie, Diagnose und Therapie..... 120
Uterus, Versiflexionen 86

V.

Validol 409
Vas deferens, Strictur dess..... 227
Venaesectio bei Uraemie..... 148
Verbrennung 83, 543
— von enormer Ausdehnung... 543
Versioflexionen des Uterus..... 86
Virchow Denkmal .....
Vollbad, das heisse..... 471
Vulvacarcinom 227

W.

Wandtafel, bacteriologische..330, 374
Weib, Geschlechtstrieb dess. 380

Seite.
Würzburger Abhandlungen 446
Wundbehandlung, septische 361

X.

Xanthoma tuberosum diabeticum. 23, 271
Xeroform in der Kinderpraxis... 373

Y.

Yohimbin, zur Kenntniss der anaesthesirenden Wirkung dess. 256

Z.

Zeitungsunternehmen, ein neues medicinisches 305
Zuckerharnuhr, Behandlung..... 311
Zusammenkunft, Wissenschaftliche Deutscher Aerzte in New York. .263, 269, 559, 561, 563

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, Januar 1903. No. 1.

ORIGINALARBEITEN.

Die Grenzen zwischen vaginaler und abdominaler Coeliotomie.*)

Von Dr. H. J. Boldt.

Verehrte Mitglieder der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York!

Im ernsten Bewusstsein der hohen Ehre, die Sie mir durch Ihre Wahl zu Ihrem Vorsitzenden erwiesen haben, sowie der verantwortungsvollen Aufgabe, die mir dadurch auferlegt ist, trete ich vor Sie, um Ihnen zunächst meinen tiefempfundenen Dank für das mir dergestalt ausgedrückte Wohlwollen zu erstatten, und um sodann Ihre gütige Beihülfe und Unterstützung in der Erfüllung meiner neuen Amtspflicht zu erbitten.

Ich werde bestrebt sein, dieser in jeder Beziehung gerecht zu werden und will versuchen, den hohen Grad von Pflichttreue und Leistungsfähigkeit meiner verehrlichen Vorgänger zu erreichen.

In dem Bestreben, das Gedeihen und Wirken unserer Gesellschaft möglichst fördern zu helfen, rechne ich zunächst auf den treuen Beistand des Verwaltungsrathes; doch wird Alles, was ich selbst mit solch tüchtiger Unterstützung zu wirken vermag, nur dann die erhofften Früchte zeitigen, wenn Sie Alle uns in

*) Antrittsrede des Präsidenten der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York, gehalten am 1. December 1902.

diesem Bestreben Ihre gesammte Mitwirkung schenken! Ihr Aller Antheil an unserer gemeinsamen Aufgabe besteht darin, dass Sie die Versammlungen fleissig besuchen und sich rege an den Verhandlungen betheiligen. Ganz besonders jedoch möchte ich Ihnen den Wunsch an's Herz legen, wennmöglich den Zwecken des Vereins recht eifrig zu dienen durch Darbietung lehrreicher Vorträge über Gegenstände unserer Wissenschaft!

In dem von uns erwählten Beruf liegt uns Allen die Pflicht ob, für das allgemeine Wohl der Menschheit zu wirken, und unser eigenes Kennen und Können zu diesem Zwecke beständig zu erweitern und zu vertiefen, sowie unseren Collegen in derselben Richtung nach Kräften behülflich zu sein. Der Austausch von Ansichten, welche durch Studium und Erfahrung gesammelt, geklärt und ausgebildet sind, ist das beste Mittel zu diesem erhabenen und edlen Zweck.

Das eigene „Ich" muss zur Förderung der Wissenschaft in den Hintergrund treten: es ist die Gesellschaft, die im Ganzen die Leistungen der Einzelnen aufnimmt und vertritt. Indem unter dieser Anschauungsweise die einzelnen Mitglieder sich stets bestreben, mehr und besseres zu leisten, als vordem, wird unser Kreis auch in den Augen unserer englisch redenden Collegen immer mehr an Ansehen gewinnen, so dass es ein Gegenstand des Stolzes werden wird, dieser Gesellschaft angehören zu dürfen!

Lassen Sie uns demgemäss also gemeinsam und treu Hand in Hand arbeiten — zum Wohl und Gedeihen und Ansehen der grössten deutschen medicinischen Gesellschaft dieses Continents!

Lassen Sie uns ferner unser deutsches Fachblatt nach besten Kräften unterstützen — nicht nur durch Subscription, sondern auch durch gut bearbeitete wissenschaftliche Beiträge, anstatt solche nach der alten Heimath zur Veröffentlichung zu senden! Wenn solche Arbeiten häufig in unserer hiesigen Zeitschrift erscheinen, so werden dieselben auch in Deutschland von dortigen Abonnenten gelesen, sowie von dortigen Fachblättern excerpirt und genannt werden.

Auch möchte ich Sie bitten, unseren Unterstützungsfond nicht ganz zu vergessen. Wenn auch jedes Mitglied nur einen Dollar jährlich beisteuert, so wird dies schon eine bedeutende Hülfe sein, und der Geber wird diesen minimalen Betrag nicht vermissen.

Nun erlaube ich mir, Sie noch einige Minuten auf das Gebiet der Gynäcologie zu führen; kann ich doch heute Abend meine Ansicht über die von mir gewählte Streitfrage ohne Gefahr der Widerrede äussern.

Seit einer Reihe von Jahren ist das Thema über „die Grenzen zwischen vaginaler und abdominaler Coeliotomie" der Gegenstand lebhafter Debatten gewesen. Zu allgemeiner Einigung in der Lösung dieser interessanten Frage ist man jedoch bis jetzt noch nicht gelangt, und ist auch nicht anzunehmen, dass dieses so bald geschehen wird; denn es ist doch Sache des Operateurs, worauf er seine Indication zu einer Operation stellt. Wenn man bedenkt, wie häufig die uterinen Anhänge in früheren Jahren wegen ganz geringen krankhaften Veränderungen entfernt wurden, im Gegensatz zu der heutzutage von erfahrenen Gynäcologen verlangten strengen Indication, so ist es erklärlich, dass der vorzunehmende Weg des Angriffes nicht eine leichte Wahl zulassen kann, d. h. wenn man conservativ vorgehen will. Der Eine sieht die Anzeige zum operativen Eingriff bei einer mässigen catarrhalischen Salpingitis, mit oder ohne kleincystischer Degeneration der Ovarien; wogegen ein Anderer bei ähnlichem Zustande palliativ behandeln würde. Das Vorhandensein eines kleinen Myoms von Wallnussgrösse am Fundus oder an der hinteren Wand ist schon für Manchen eine Indication zum operativen Eingriff. Natürlich können derartige Zustände durch den Scheidenschnitt zugänglich gemacht werden; ob aber eine Operation unter solchen Umständen überhaupt gerechtfertigt ist, kommt ganz auf die vorhandenen Symptome an. Es ist daher klar, dass es nicht die Krankheits-Diagnose im Grossen und Ganzen ist, welche eine Indication stellen soll, sondern die individuellen Verhältnisse des krankhaften Zustandes.

Lassen Sie uns specifische Zustände in Erwägung ziehen. Acut eiternde Salpingitiden, wenn die Eitersäcke auf dem Beckenboden liegen, werden am vortheilhaftesten durch einen vaginalen Einschnitt behandelt. Hat man das hintere Scheidengewölbe ausgiebig eröffnet und etwaig stark blutende Gefässe umstochen, kann man die Beckenorgane palpiren. Wenn kein Exsudat vorhanden ist, welches die Eitersäcke von der Bauchhöhle abschliesst, so wird solcher Abschluss durch Einschieben eines langen Streifens sterilisirter Gaze bewirkt. Man incidirt

dann den Pyosalpinx, irrigirt die Eiterhöhle mit einer antiseptischen Lösung, und, wenn möglich, wird ein kleiner Streifen Jodoformgaze durch die Salpinx-Oeffnung eingeschoben. Die Scheidenwunde wird dann durch Einlegen von Gaze fest tamponirt, um die ursprünglich gemachte Grösse der Oeffnung zu erhalten und um leichte Blutung der Wundränder zu stillen. Je grösser die Scheidenwunde ist, desto leichter und schmerzloser ist der später zu bewirkende Verbandwechsel, welcher alle zwei Tage vorgenommen werden sollte, bis die Eiterung aufgehört hat, wonach man die Wunde sich schliessen lässt. Ich habe 37 Patientinnen mit acuten, eiternden Salpingitiden in angegebener Weise behandelt und habe 9 symptomatische Heilungen erzielt, dazu 15 Besserungen, und nur fünf wurden meines Wissens später radical operirt. Acht entzogen sich der weiteren Beobachtung. Der vaginale Eingriff ist vorzuziehen, weil, erstens, keine Lebensgefahr durch eine derartig ausgeführte Operation verursacht wird; und zweitens wird die Lebensgefahr einer später vorzunehmenden radicaleren Operation nicht erhöht, sollte eine solche wirklich nöthig werden. Schliesslich auch ist doch eine Möglichkeit vorhanden, dass eine solche Patientin nicht nur vollständig von ihren Krankheitssymptomen befreit wird, sondern vielleicht noch schwanger werden kann, obgleich ich letzteres noch nie bei so schwer veränderten Tuben beobachtet habe; immerhin sind einige solche Fälle in der Literatur verzeichnet. Dass so schwer veränderte Tuben nie ihre normale Beschaffenheit wieder erlangen, ist meine feste Ueberzeugung. Nicht auf dem Beckenboden liegende Salpingen sollten, meiner Ansicht nach, durch einen Bauchschnitt zugänglich gemacht werden. Dasselbe gilt für alle chronisch entzündlichen Erkrankungen der uterinen Anhänge, nicht-eitriger Natur, wenn nach meiner Auffassung überhaupt ein operativer Eingriff indicirt ist, und man nicht die Absicht hat, radical zu operiren, sondern den Versuch machen will, die Beckenorgane so viel wie möglich zu erhalten. Verschiedentlich ist es mir schon vorgekommen, dass bei Pyosalpingitiden die Ovarien nicht macroscopisch verändert waren, und konnte ich dann, nach Resection der Tuben, die Ovarien in die bei der Resection entstandenen Lücken am Uterus befestigen. Dass ein so schonendes Vorgehen nicht bei der Colpocoeliotomie zugänglich ist, muss doch klar sein. Der Einwurf, dass die

chronisch entzündete Gebärmutter, welche man zurücklässt, genügende Krankheitserscheinungen verursachen würde, um die conservative Operation nutzlos zu machen, ist nur ausnahmsweise stichhaltig; gewöhnlich heilt die chronische Metro-endometritis, unter passender localer Therapie, so weit aus, dass die Patientinnen keine Beschwerden haben. Eine ähnliche Auffassung ist bei nicht-eitrigen Entzündungen der Gebärmutter-Anhänge zulässig.

Eierstockcysten, welche nicht über mannskopfgross im Durchmesser sind, und bis auf den Beckenboden in den Douglas hineinreichen, kann und sollte man per vaginam entfernen, wenn die Verwachsungen nicht zu fest sind; ist letzteres der Fall, könnte man doch gezwungen werden, den Leib zu öffnen, um dieselben zu lösen. Ob dieses Verfahren das beste bei Dermoidcysten ist, möchte ich noch dahingestellt sein lassen, indem es mir öfters vorgekommen, dass die Verunreinigung des Beckenperitoneums, welche doch meistens in grösserem oder kleinerem Maasse bei der vaginalen Exstirpation solcher Cysten vorkommt, eine Pelveoperitonitis verursacht hat, welche mitunter 6 bis 8 Wochen dauerte, ehe das Exsudat absorbirt wurde.

Degenerirte Ovarien können mitunter derartige Erscheinungen verursachen, dass deren Entfernung geboten ist. Der Eingriff sollte durch die Scheide vorgenommen werden.

Abscesse der Ovarien und alle Eiterungen, welche leicht durch einen Scheidenschnitt zugänglich gemacht werden können, sollte man so in Angriff nehmen.

Uterusmyome sollten nur dann in Angriff genommen werden, wenn dieselben der Gesundheit schädliche Symptome verursachen. Dazwischen, ob der Eingriff vaginal oder abdominal am zweckmässigsten vorzunehmen sei, liegt die Grenze in der Eindrückbarkeit des dem Beckeneingang aufliegenden Myoms in das Becken, wie J. V e i t mit Recht hervorgehoben hat. Submucöse Myome, selbst bis zu etwa 10 Centim. im Durchmesser, kann man von unten entfernen, mit Zuhülfenahme einer Spaltung der vorderen Gebärmutterwand. Kleine subperitoneale Myome werden wohl selten Beschwerden verursachen, wenn sie nicht an der vorderen Uteruswand so sitzen, dass sie Blasenreiz erzeugen; sie sollten dann vermittelst vaginalen Eingriffs entfernt werden. Grössere subperitoneale und interstitielle Myome können nach

meiner Erfahrung schonender durch einen Leibschnitt entfernt werden. Hat man die Absicht, den myomatösen Uterus ganz zu entfernen, so kommt die Art des operativen Eingriffs auf dessen Eindrückbarkeit in das Becken an. Ein myomatöser Uterus, der handbreit und weiter in die Bauchhöhle hinaufragt, wird wohl am zweckmässigsten durch abdominale Coeliotomie zu entfernen sein. Der Eingriff vom Bauch aus hat noch den nicht zu unterschätzenden Vortheil, dass man nicht erkrankte uterine Anhänge zurücklassen kann, nebst einem Theil des Endometriums, wie es Zweifel vorgeschlagen. Dass die nervösen Erscheinungen, welchen man so häufig nach totaler Exstirpation begegnet, dann kaum merklich sind, kann wohl ein jeder bezeugen, der die Operation in so schonender Weise öfters gemacht hat.

Ich komme nun zu dem interessanten Thema der Operationen bei Lageveränderungen der Gebärmutter. Die Behauptung, dass eine mobile Retroversio-flexio keine krankhaften Symptome verursache, ist, im allgemeinen gesagt, falsch. Diejenigen, welche diesen Standpunkt vertreten, behaupten zwar, dass etwaige Symptome von Complicationen herrühren, und sagen, wenn diese geheilt, dann hören auch die krankhaften Symptome auf. Nun ist aber die Frage: *bleiben* sie auch aus, oder stellen sie sich wieder ein? Das letztere ist nach meiner Erfahrung der Fall. Es ist ja nicht zu bestreiten, dass es viele Patientinnen giebt, bei welchen Lageveränderungen existiren, ohne Symptome zu verursachen; nichtsdestoweniger ist dies nicht die Regel, sondern Ausnahme. Ob nun aber eine Lageveränderung einen chirurgischen Eingriff verlangt, hängt ganz von Umständen ab. Meine Ansicht ist, dass in den letzten Jahren mehr wegen mobilen Rücklagerungen operirt worden ist, als nöthig war. Die meisten Fälle von mobiler Retroversio-flexio können durch geeignete Pessare in physiologischer Stellung gehalten werden. Es sind nur Ausnahmefälle, entweder wo das Corpus sich über den oberen Bügel des Pessars knickt, oder bei den Frauen, welche sich lieber einer Operation unterziehen, als eine mechanische Unterstützung zu benützen, wo man andere Maassregeln in Betracht ziehen muss. Ist in solchen Fällen nun ein vaginaler Eingriff schonender und besser? Von der früher geübten Fixation des Uterus an der Scheide ist man mit Recht so ziemlich ganz abgekommen. Die Operation hat zu häufig Geburtsstörungen verursacht. Wie ist

es nun mit der Modification von Duehrssen und von Mackenrodt? Bei einer Rücklagerung hat man gewöhnlich, wenn auch meistens nur in geringem Grade, eine leichte Senkung der Gebärmutter; diese wird nicht durch eine vaginale Operation gehoben. Ferner muss man die Blase vom Cervix ablösen, und man verursacht dadurch im Scheidengewölbe Narbengewebe, welches mitunter recht unangenehme Folgen für die Patientin haben kann. Will man die Ligamenta rotunda verkürzen, welche doch stets gedehnt sind, so kommt die Verkürzung nicht am dünnsten Theil der Ligamenta zu Stande, sondern am dickeren Theil; ausserdem ist die Blutung bei der Operation mitunter ganz beträchtlich und nicht so leicht zu controlliren, als wenn man einen Angriffspunkt von oben hat.

Meiner Erfahrung gemäss ist die Verkürzung der Ligamenta rotunda nach Alexander die idealste Operation; nur soll man sich nicht darauf verlassen, die Ligamenta durch den äusseren Leistenring zu verkürzen, sondern soll den Leistenkanal öffnen, wie es Edebohls zuerst vorgeschlagen und ausgeführt hat. Dann ist die Operation nicht nur leicht, sondern der gegen die Operation gemachte Einwand, dass häufig Leistenbrüche danach entstehen, wird hinfällig, wenn man die Wunde wie bei der Bassini'schen Bruch-Operation schliesst; *nota bene*, falls keine Wundeiterung eintritt. Das letztere hängt doch wohl meistens vom Operateur ab. Selten macht es Schwierigkeiten, das Ligament aufzufinden; die Möglichkeit, es nicht isoliren zu können, ist mir noch nie vorgekommen. Bei geschilderter Technik entfernt man den dünnsten Theil des Ligaments. Der Uterus wird etwas gehoben und bekommt eine physiologische Lage. Recidive oder Geburtsstörungen habe ich noch nie beobachtet, wenn diese Technik gebraucht wurde. Verschiedentlich habe ich von Gegnern der Alexander'schen Operation, bei Gelegenheit von Debatten den Ausspruch gehört, dass sie die Operation nicht machen würden, weil sie stets den Zustand der Adnexa sehen wollten, indem sie sich nicht fähig fühlten, deren Zustand, ob erkrankt oder normal, durch bimanuelle Untersuchung festzustellen. Dies ist allerdings ein Zeugniss für die Betreffenden, worüber sich nicht discutiren lässt. Ich kann eine Indication für die Eröffnung der Bauchhöhle bei mobiler Retroversio-flexio nicht gutheissen. Anders liegen die Verhält-

nisse bei Retroflexio fixata. Die Anhänger der vaginalen Eröffnung der Bauchhöhle stellen die Behauptung auf, dass alle Adhaerenzen durch die Scheidenwunde gelöst werden können, und dass etwaige Plastik an den Tuben und Ovarien von hier aus, eben so gut als von oben aus, vollzogen werden kann. Ich muss gestehen, dass ich diesen Eindruck nicht gewinnen konnte; im Gegentheil, die Uebersicht von oben ist besser und Blutungen sind leichter zu controlliren. Etwaige Plastik an den Anhängen ist leichter und exacter ausführbar. Die Verkürzung der Ligamenta rotunda ist bei eröffneter Bauchhöhle leicht intraabdominal auszuführen. Oder man kann zwei Nähte durch die vordere Corpuswand des Uterus legen und ihn an die Bauchwand befestigen, und zwar ohne Anfrischung der Serosa. (Die Serosa sollte nur bei bedeutendem Descensus entblösst werden.) Legt man zur Sicherheit noch ein Pessar ein, so kann man mit ziemlicher Bestimmtheit auf einen permanenten Erfolg rechnen.

Was die vaginale Coeliotomie bei extrauteriner Schwangerschaft anbetrifft, so sollte dieselbe beschränkt werden auf erstens diejenigen Fälle, in denen die Diagnose vor Ruptur der Tube gemacht wird, und zweitens diejenigen, wo sich bereits eine Haematocele gebildet hat, wenn überhaupt bei letzterem Zustande, im betreffenden Falle, es nicht rathsamer ist, ein exspectatives Verfahren einzuschlagen. Auch bei Tubenschwangerschaften, nach Berstung, habe ich verschiedentlich das nicht afficirte Ovarium nach Resection der Tube in die Lücke am Uterus eingenäht.

Bei Krebs der Gebärmutter, oder eines Theils derselben, hat in letzterer Zeit die abdominale Exstirpation des Uterus nebst Drüsen mehr Anhänger gefunden. Ob sich die Statistik bezüglich Recidive dadurch bessern wird, muss die Zeit lehren. Selbstverständlich, falls man mit Wahrscheinlichkeit afficirte Drüsen diagnosticiren kann, so sollte dieser Operationsmodus eingeschlagen werden, wenn überhaupt noch an eine radicale Operation zu denken ist. Wir müssen ja zugeben, dass selbst in Frühstadien von Cervix-Carcinom die Drüsen öfters schon afficirt sind; aber auf der anderen Seite ist durch genaue Untersuchungen im Johns Hopkins Hospital bewiesen, dass selbst bei schon weit vorgeschrittenem Krebs die Drüsen nicht immer afficirt waren. Vorläufig bin ich der Ansicht, dass die vaginale Radical-Operation, mit Zuhülfenahme der Galvanocaustik, eben so gute Resultate, wenn nicht bessere liefert, als die abdominale Operation.

Erfahrungen mit perinealer Prostatectomie.*)

Von Dr. F. Kammerer.

Unter den Erkrankungen, die in letzter Zeit hauptsächlich das Interesse des Chirurgen in Anspruch genommen haben, darf man gewiss die Hypertrophie der Prostata an erster Stelle nennen. Es ist noch nicht so lange her, dass wir einzig und allein in der Behandlung dieses Leidens auf den regelmässigen Catheterismus angewiesen waren, und noch vor einem Jahrzehnt bestand in der Sectio alta mit Anlegung einer permanenten Blasenfistel die einzige Möglichkeit, den schwerleidenden Prostatikern operativ etwas Linderung zu verschaffen. Seitdem hat sich allerdings die Sache zum Besseren gewendet. Vornehmlich wurde die galvanocaustische Incision der Prostata nach B o t t i n i ausgebildet und man muss gewiss bekennen, dass sie sehr gute Erfolge aufzuweisen hat. Gerade nun in den letzten Jahren ist diesem Verfahren in der Prostatectomie ein gefährlicher Gegner erwachsen. Die Extirpation der Prostata ist kein neues Verfahren. Sie wurde hin und wieder bei malignen Geschwülsten geübt, meist mit recht traurigem Erfolg, entweder gleich nach der Operation, oder doch im weiteren Verlauf der Behandlung. Diese Operationen, die wegen Geschwülsten unternommen werden, sind meist sehr blutige Verfahren.

So hatte sich denn auch gegen die operative Entfernung der hypertrophischen Prostata vom Damm aus ein Vorurtheil entwickelt, das gewiss bei näherer Betrachtung nicht gerechtfertigt erscheint. Man hatte Angst vor der unvermeidlichen Blutung, vor dem Operiren in der Tiefe — alles Dinge, die durch ausgiebige Schnittführung, besonders aber durch die intracapsuläre Ausschälung der Prostata, zum grossen Theil, ihrer Schrecknisse beraubt sind.

Ich möchte hier gleich meinen Standpunkt gegenüber den anderen zur Entfernung der hypertrophirten Prostata ersonnenen Operationsmethoden präcisiren. Es handelt sich hier im Wesentlichen um drei andere Verfahren: die Enucleation von der Blase aus, nach der sectio alta; das combinirte Verfahren,

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York, am 5. Januar 1903.

sectio alta plus perineale Enucleation (wobei die Blaseneröffnung dazu dient, die Prostata gegen den Damm vorzuschieben und sie dem Operateur vom Perineum aus zugänglich zu machen), und das trans-ano-rectale Verfahren nach Jabonlay. Was das letztere betrifft, so wird es sicherlich keine weitere Anwendung finden. Die Prostata vom Rectum aus in Angriff zu nehmen empfiehlt sich schon aus Gründen der Asepsis nicht. Wir sind ja sogar in den letzten Jahren von der rectalen Eröffnung der im Douglas'schen Raum oder dem Gewebe der Prostata gelgenen Eiteransammlungen ganz zurückgekommen. Desto mehr sollten wir es vermeiden, aseptisches Terrain auf dem Wege durch das Rectum zu betreten. Aber es liegt hierzu auch aus technischen Gründen keine Veranlassung vor. Es ist in der That erstaunlich, wie schnell und leicht die hypertrophische Prostata vom Damm aus zu erreichen ist, wie bequem man sie freilegen kann, wenn man sich eines Bogenschnittes bedient, der vor dem Rectum, von einem tuber ischii zum anderen verläuft. Hat man hierbei noch den mit einem Gummihandschuh bewaffneten linken Zeigefinger in's Rectum eingeführt, so kann man in wenigen Minuten zwischn Bulbus urethrae und Rectum vordringen und die hintere Fläche der Prostata freilegen. Der einmal in den Mastdarm eingeführte Zeigefinger verbleibt daselbst bis man das Rectum genügend weit abgelöst hat. Nach seiner Entfernung wird natürlich der Handschuh abgelegt oder durch einen neuen ersetzt. Durch dieses Verfahren vermeidet man am Sichersten eine Verletzung des Rectum, wie sie geübten Operateuren, z. B. B. Legueu, wiederholt vorgekommen ist, und ich möchte diesen kleinen Handgriff deshalb sehr empfehlen. Was nun die combinirte Methode betrifft — perineale Enucleation mit vorheriger Sectio alta — so soll ihr Vortheil in dem bequemen Herabdrängen der Prostata gegen den Damm liegen. Es mag dies Verfahren wohl eine Erleichterung darstellen, es ist aber mit dem doch immerhin nicht unbedeutenden Eingriff der Sectio alta zu theuer erkauft. Persönliche Erfahrungen stehen mir zwar hier nicht zu Gebote, wohl deshalb, weil es mir eben in meinen Fällen stets gelang, die Prostata durch die in die Harnröhre eingeführte Sonde einerseits, andererseits durch in das Prostatagewebe eingesetzte Wundhaken, genügend gegen das Perineum herabzudrängen. Zu diesem speciellen Zweck sind übrigens mehrere Instrumente erson-

nen worden, auf deren Schilderung ich hier nicht eingehen will. Auch finde ich in der Literatur nichts, was mich zum Schlusse berechtigen würde, dass die perineale Enucleation aus technischen Gründen jemals misslungen wäre.

Die letzte Methode ist die von der eröffneten Blase aus vorgenommene Enucleation. Dies Verfahren hat eifrige Anhänger und hat, was besonders in die Wagschaale fällt, gute Resultate aufzuweisen. Erst kürzlich hat T h o r n d i k e 9 Fälle mit 1 Todesfall, mit 7 zum Theil ausgezeichneten functionellen Resultaten und mit nur 1 Misserfolg publicirt. Der letzte betraf einen Patienten mit ausgedehnter Nieren- und Blasenerkrankung. Die Methode ist jedoch, wie es mir wenigstens vorkommt, mit keinerlei Vortheilen gegenüber dem perinealen Verfahren verbunden. Der wichtigste und zugleich schwierigste Theil jeder Enucleation, mag sie nun von oben oder unten geschehen, ist die Vermeidung ausgedehnter Harnröhrenverletzungen. Wie das bei Operationen vom Damm aus am besten erreicht wird, soll später besprochen werden. Ich möchte hingegen schon jetzt darauf hinweisen, dass sich eine derartige Verletzung eher unserer Controlle entzieht bei Enucleationen von der Blase aus, als bei der perinealen Methode, da es sich hierbei hauptsächlich um die nach hinten und unten, also perinealwärts gelegenen Theile der prostatischen Harnröhre handelt.

Einen weiteren Vortheil bietet das perineale Verfahren in der natürlichen und deswegen besseren Blasen- und Wund-Drainage nach unten. Dabei soll nicht unerwähnt bleiben, dass einzelne Operateure die Blasen-Drainage durch den Penis bevorzugen, dass wieder andere nach der hohen Enucleation den perinealen Blasenschnitt zur Drainage hinzufügen. Ferner scheint mir die Gefahr einer Sphincterenschädigung bei der Operation vom Blaseninnern aus grösser, da man doch die über der Prostata gelegene Parthie der Blasenwand durchtrennen muss, um überhaupt zu enucleiren. Es sind allerdings auch nach der perinealen Methode einige Fälle von vorübergehender relativer Incontinenz beobachtet worden. Mir selbst sind sie nicht vorgekommen. Wenn irgendwo, so möchte man versucht sein, das suprapubische Verfahren bei Fällen von Hypertrophie des mittleren Lappens anzuwenden, zumal wenn es sich um mehr oder minder gestielte, in das Blaseninnere hineinragende kleine Tumoren handelt. Die-

selben lassen sich allerdings leicht nach der Sectio alta mit der Scheere abtragen. Eine andere Frage ist jedoch die nach den Erfolgen solcher Eingriffe. Ich selbst habe unter mehreren Fällen keine permanenten Resultate zu verzeichnen. Gewöhnlich sind die Harnbeschwerden später wieder aufgetreten, und war der momentane Erfolg wohl auf Rechnung anderweitiger Behandlung und der Bettruhe zu setzen. Denn wir müssen uns stets daran erinnern, dass eine isolirte Hypertrophie der unter der Schleimhaut, in den hinteren Partien des Blasenhalses gelegenen Drüsenmassen ein ungemein seltenes Ereigniss ist. Fast immer sind andere Theile der Prostata in diesem Fall mit vergrössert, die dann Beschwerden verursachen. Albarran fand unter 111 Präparaten der Sammlungen Guyon und Dupuytren keinen einzigen Fall von isolirter Hypertrophie des am Blasenhals gelegenen Theils des mittleren Lappens, und diese sind es eben, die zur Entstehung mehr oder weniger gestielter Geschwulstmassen führen.

Also auch nicht einmal für diesen Fall bietet das suprapubische Verfahren Vortheile.

Meine persönlichen Erfahrungen mit der perinealen Protatectomie wegen Hypertrophia prostatae beziehen sich auf 9 Fälle. Davon habe ich selbst 7 operirt; 2 sind von meinem Collegen und Mitarbeiter, Dr. Torek, während meiner Dienstzeit im Deutschen Hospital operirt worden. Leider habe ich unter diesen Fällen einen Todesfall zu verzeichnen, und zwar den zuletzt operirten Patienten. Der Fall ist kurz folgender:

I. J. H., 72 Jahre. Seit etwas mehr als einem halben Jahr leidet Patient an Harnbeschwerden. Seit 3 Monaten wesentliche Verschlimmerung, so dass Patient des Nachts 4—5 Mal aufstehen muss und unter Tags fast stündlich Urindrang verspürt. In den letzten Wochen, und auch während des Spitalaufenthaltes vor der Operation, kann Patient bei voller Blase nur tropfenweise alle 10—15 Minuten uriniren, ein Zustand der nur durch den Catheterismus gehoben wird. Blasenauswaschungen und sonstige Behandlung erfolglos. Spontane Urinentleerung unmöglich. Status: Mässiges Fettpolster, anämischer Patient, sehr stark entwickeltes Atherom der Gefässe; Urin alkalisch, getrübt, enthält kein Zucker, etwas Eiweiss (dem Eiter entsprechend), etwas Schleim, Plattenepithel und Tripelphosphate. — Per Rectum

Prostata gleichmässig, etwas mehr im linken Lappen vergrössert, der hinter den Vasa deferentia gelegene Theil des Organs ebenfalls deutlich vergrössert.

Perineale Prostatectomie. Schnitt von einem Tuber ischii zum anderen, gleichmässig convex nach vorn, über das Perineum ungefähr 1½ Zoll vor der Analöffnung verlaufend. Der so skizzirte Hautlappen wird bis zum Rectum zurückpräparirt, sodann wird, unter Führung des linken Zeigefingers im Rectum, rasch gegen die Prostata vorgedrungen; auffallend geringe Blutung; keine Gefässunterbindung; in wenigen Minuten ist die hintere Fläche der Drüse freigelegt; ausgiebige quere Incision durch die Capsel der Prostata über beide Hälften ziehend; schwierige Lösung der Capsel von der Drüse; die ganze Drüse wird herausgeschält, so dass sie hauptsächlich noch mit der uneröffneten Harnröhre in Zusammenhang steht. Nun wird die Drüse selbst mit scharfen, kräftigen Haken gefasst und gegen das Perineum gezogen. Nach Durchtrennung der Samenbläschen und Vasa deferentia an ihrer Eintrittsstelle in die Prostata mittels Scheere wird die Drüse als Ganzes durch einige weitere Scheerenschläge von der Harnröhre abgelöst. Dabei wird unfreiwilligerweise die Harnröhre weit eröffnet, z. Th. durch Zug eingerissen. Theilweise Naht der Harnröhre; Einführung eines kleinfingerdicken Drainrohres in die Blase durch die Perinealwunde; ausgiebige Tamponade der Weichtheilwunde; der Hautlappen wird nun in der Mittellinie bis ans Rectum gespalten, das Drainrohr am tiefsten, die Tampons am höchsten Punkt des neuen Schnittes herausgeleitet. Zuletzt wird der ursprüngliche Bogenschnitt vernäht. Der weitere Verlauf des Falles war in den ersten 5 Tagen ein sehr günstiger. Die Blasendrainage functionirte gut, und bei dem ersten Verbandwechsel waren die Wundflächen blass, hatten aber ein gutes Aussehen. Patient hatte überhaupt die Operation vortrefflich ertragen. Nur geringe Temperatursteigerung bis 100°. Nach dem ersten Verband schlüpfte leider das Drainrohr aus der Blase selbst heraus und entleerte sich der Urin hierauf grossentheils durch die im Wundcanal liegende Gaze. Als ich nach zwei weiteren Tagen die Wundflächen inspicirte, waren dieselben schon allenthalben mit einem dünnen, gangränösen Schorf überzogen. Trotz aller Bemühungen erlag der Patient nach weiteren 3 Wochen einer langsam fortschreitenden Sepsis von der

Wundfläche aus. Im Verlauf der Behandlung hatten sich zu einer Zeit fast alle Schorfe abgestossen und die Wundflächen schienen sich zu reinigen. Am folgenden Tag, nach etwas stärkerer Benetzung mit zersetztem Urin, hatten sie jedoch wieder in ganzem Umfang ein necrotisches Aussehen bekommen.

Ich möchte hier gleich den zweiten Fall mittheilen der einige Punkte der operativen Technik, die im ersten Fall keine Anwendung fanden, berührt.

II. William Goldmann, 55 Jahre. Keine Vorgeschichte venerischer Erkrankungen. Seit mehreren Monaten leidet Patient an vermehrtem Harndrang. In den vergangenen 5 Wochen muss Patient alle Augenblicke Wasser lassen in sehr kleinen Quantitäten. Nachts muss er sich unzählige Male erheben. Zwei Tage vor seiner Aufnahme vollständige Retention, so dass Catheterismus nothwendig wurde. Nach Aufnahme im Hospital muss Patient während einer Woche jede 6 Stunden catheterisirt werden; dabei 400 cc normalen Urins; per Rectum ist eine mässig vergrösserte, fast steinharte, höckerige Prostata zu fühlen.

8. Juli. *Perineale Prostatectomie.* Schnittführung wie im vorigen Fall; nach Freilegung der Drüse wieder sehr grosse Schwierigkeiten im Differenciren der Capsel vom Drüsengewebe. Capsel sehr dünn; Enucleation gelingt nur in verschiedenen Stücken. Dabei weite Eröffnung der Harnröhre, geringe Blutung; Drainrohr in die Blase; Tamponade — reactionsloser Verlauf. Drainagerohr wird am siebenten Tag definitiv entfernt; zuerst läuft fast aller Urin durch Verbandgaze ab; zeitweises Einführen von Stahlsonden. Patient wird nach ungefähr 4 Wochen geheilt aus dem Spital entlassen.

4. November. Patient hat sich längere Zeit nicht zum Catheterismus vorgestellt. No. 26 französich kann leicht in die Blase eingeführt werden; leichter Blasencatarrh; 1½ Unzen Residualharn. Sondirung wird 1—2 Mal wöchentlich vorgenommen.

17. December. Muss Nachts zweimal Wasser lassen, unter Tags alle drei bis vier Stunden. Urin normal. Sondirung leicht; einige Tropfen Residualharn.

Ich habe schon oben erwähnt, dass ich nur mit dem transperinealen Bogenschnitt operire. Hierzulande bedienen sich manche Chirurgen des Medianschnittes, und sogar Rydygier, der in

letzter Zeit sehr für die Resection, d. h. die theilweise Abtragung der Prostata eintritt und dieses Verfahren in eine Parallele mit der Schilddrüsenresection bei Compression der Trachea stellt, will denselben jetzt empfehlen. Was ich vom Medianschnitt zur Entfernung der Prostata gesehen habe, hat mir nicht imponirt. Einen freien Einblick in das tiefe Operationsfeld erhält man nur durch den Bogenschnitt, und derselbe ist nöthig zur Vermeidung von Harnröhrenverletzungen. Er dehnt die Operation, wie ich früher angeführt habe, kaum um einige Minuten aus. Ich habe denselben in den ersten Fällen dicht vor der Analöffnung hinziehen lassen, habe aber gefunden, dass das immerhin reichliche, dicht am Anus gelegene Narbengewebe, wie es sich beim langsamen Heilungsprocess bildet, häufig späterhin gereizt wird und den Patienten belästigt. Deshalb umkreise ich jetzt den Anus in möglichster Entfernung und spalte nachher den Lappen in der Mittellinie, um die Blasendrainage an dem tiefsten Punkt der Wunde herauszuführen.

Delbet, der es vorzieht, die Harnröhre zu schliessen und einen Verweilcatheter durch den Penis einzuführen, vernäht den mittleren Theil des Bogenschnittes und drainirt nach beiden Seiten.

Die Blasendrainage muss sobald wie möglich entfernt werden, und es sollte dann während der Verheilung der Harnröhrenwunde mindestens zweimal wöchentlich die Sondeneinführung erfolgen. Damit vermeidet man die Bildung von Perinealfisteln und Stricturen am sichersten. Es ist immerhin bemerkenswerth, wie gut unter derartiger Behandlung ausgedehnte Harnröhrenläsionen heilen. In einem meiner Fälle riss mir bei der Enucleation die Harnröhre an der Vereinigungsstelle des membranösen mit dem prostatischen Theil quer durch, so dass die Drüse nur noch am hinteren Umfang der Harnröhre am Blasenhalse hing. Ich spaltete die Drüse und präparirte die Harnröhre in Gestalt von zwei nach hinten gegen die Blase befestigten Lappen heraus, die ich dann mit einigen Näht[illegible] an dem vorderen membranösen Theil befestigte. Es erfolgte anstandslos Heilung unter Sondeneinführung und ist von einer Stricture keine Rede.

III. Christian Metz, 66 Jahre. Seit 5—6 Jahren milde Harnbeschwerden. Vor 3 Wochen acute, vollständige Retention, die der Behandlung wich. In den letzten 6 Tagen vor Aufnahme

im Hospital ist Patient zur Harnentleerung auf Catheter angewiesen. Urin trübe, enthält Blut und Eiterzellen; per Rectum gleichmässig vergrösserte, weiche Prostata.

28. August. Perineale Prostatectomie; Schnitt wie früher; nach Capselincision leichte Ausschälung der Drüse. Dabei ohne grosse Kraftanwendung quere Zerreissung der Urethra; Naht wie früher erwähnt; normaler Verlauf.

28. November. Perinealwunde vollkommen geschlossen; Stahlsonden lassen sich leicht in die Blase einführen, Nelaton'sche Catheter werden in der Pars prostatica festgehalten. Patient lässt circa 400 cc Urin in gutem Strahl, ohne jede Anstrengung. Kaum einige Tropfen Residualharn.

7. December. Patient lässt Nachts ein bis zweimal Urin, untertags alle 4 Stunden in kräftigem Strahl. No. 26 französisch lässt sich leicht einführen, besonders wenn man die Sonde entlang der oberen Harnröhrenwand gleiten lässt; hin und wieder wird jedoch auch sie in der Pars prostatica angehalten. Patient lässt heute in meiner Sprechstunde 550 cc Urin, kein Residualharn.

Soll man durch das Perineum oder durch den Penis drainiren? Soll man im ersten Fall, wie es Proust, Albarran und Legueu empfehlen, die Prostata in der Mittellinie bis in die Harnröhre spalten und dann erst die Enucleation beginnen, oder soll man, wie es Delbet u. Rydygier machen, ganz auf die Spaltung der prostatischen Harnröhre verzichten, und die Prostata entweder durch einen queren, oder zwei, über jeden Lappen verlaufende verticale Incisionen herausschälen? Soll man in jedem Fall so viel wie möglich von der ganzen Drüse entfernen, oder soll man sich auf die Enucleation der seitlichen Lappen beschränken? Wäre es sogar vielleicht vortheilhafter nur Resectionen an der Prostata vorzunehmen? Ist es besser bei der Enucleation den Lappen in toto zu entfernen, oder ist das Morcellement nach Albarran vorzuziehen? Ich habe bei Durchsicht der Literatur den Eindruck gewonnen, dass diese Fragen noch vielfach unbeantwortet sind.

Der eine Todesfall, den ich unter meinen Fällen zu beklagen habe, wäre kaum zu verzeichnen wenn es mir gelungen wäre, den zersetzten Blaseninhalt von den so wie so schlecht genährten Wundflächen fern zu halten. Hier wäre die Drainage durch den

Penis ohne Eröffnung der Harnröhre indicirt gewesen, ich sage ohne Eröffnung, da bei einmal offener Harnröhre, trotz nachfolgender Naht und Verweilcatheter durch den Penis häufig Fistelbildung im Perineum erfolgt (Albarran). Delbet räth bei unbeabsichtigter Verletzung der Harnröhre die Oeffnung mit einer doppelten Nahtreihe zu schliessen und dann einen Verweilcatheter einzuführen. Gewiss wird es auch dabei häufig wenigstens zur temporären Fistelbildung kommen. Diese ist überhaupt das "crux chirurgorum" bei der perinealen Prostatectomie. Bei 3 meiner Fälle, die vor 8, 6 und 5 Monaten operirt wurden, besteht noch heute eine Perinealfistel, trotz all' meiner Bestrebungen, dieselbe zu schliessen. Verantwortlich hierfür sind wohl die bei der Enucleation leicht eintretenden Harnröhrenverletzungen, und der Zustand der Blase vor der Operation, welcher während längerer Zeit die Perinealdrainage nöthig macht. Der erste vor 8 Monaten operirte Patient ist ein Mann von 75 Jahren. Derselbe litt vor 6 Jahren an einer acuten Retention und seither an allmählig sich steigernden Harnbeschwerden. Kurz vor der Operation bekam er eine vollständige Retention, hatte einen schweren Blasencatarrh mit Betheiligung der Nieren. Dieser Patient hat heute noch seine Perinealfistel, sein Urin enthält grosse Mengen Eiter und er muss alle 1 bis 2 Stunden Wasser lassen. Der zweite Patient, 59 Jahre alt, leidet ebenfalls seit 5 Jahren an Blasenbeschwerden, die zuletzt zu schweren Veränderungen in der Blase selbst geführt hatten. Auch er konnte seine Blase nicht mehr entleeren und war auf den Catheterismus angewiesen. Bei der Operation wurden nach Entfernung der Drüse, durch die weit klaffende Harnröhre 156 facettirte Steine aus dem Blasenfundus hervorgeholt. Dieser Patient musste lange Zeit drainirt werden. Er ist der einzige von den dreien mit Fisteln, bei welchem während des Urinirens einige Tropfen aus der Fistel fliessen. Er lässt allerdings 6—7 Mal während des Tages Wasser, und muss auch Nachts 3—4 Mal aufstehen. Er selbst ist mit seinem Zustand ausserordentlich zufrieden, ich nicht so sehr.

Der letzte Fall, bei dem es zur Fistelbildung kam, ist ein Patient von 70 Jahren. Er bietet einiges Interesse und ich muss Sie daher bitten, auch seine Krankengeschichte noch anzuhören. Vor 4½ Jahren habe ich bei ihm zuerst wegen gestieltem mittleren Lappen die Sectio alta gemacht und einen haselnussgrossen

Tumor, der gerade vor der Harnröhrenöffnung in der Blase sass, mit der Scheere entfernt. So lange Drainage und Ausspülung der Blase geübt wurden, ging es dem Patienten gut, als die Wunde sich aber bis auf eine Fistel geschlossen hatte, stellten sich die Beschwerden des Patienten wieder allmählig ein. Dabei blieb die Fistel über der Symphyse trotz mehrerer Versuche meinerseits, sie zu schliessen, offen. Drei Jahre später, im Juni 1901, wurde von Dr. Willy Meyer die galvanocaustische Incision nach Bottini ausgeführt. Patient wurde damals gerade 1 Monat nach der Operation mit geheilter suprapubischer Fistel entlassen und auch mit scheinbar günstigem Erfolg, was die Urinentleerung betrifft. Am 6. Juni 1902, also kaum ein Jahr später, konnten wir folgenden Status erheben: Häufige und recht schmerzhafte Urinentleerung; grosse Schwierigkeit den Act der Harnentleerung einzuleiten; Urin sauer, enthält Schleim und Eiter, Plattenepithel und Bacterien; Residualharn 60 cc; per Rectum fühlt man die beiden, ziemlich gleichmässig vergrösserten Lappen der Prostata; über der Symphyse eine Fistel, die in die Blase führt (sie soll bald nach der früheren Vernarbung wieder aufgegangen sein); die Sondenuntersuchung weist Concrement-Bildung in der Blase nach. Der Residualharn wechselte in Menge, am 17. Juli waren z. B. 140 cc vorhanden. Am 19. Juli perineale Prostatectomie; Freilegung der Drüse wie in den anderen Fällen; nach querer Incision der Capsel ziemlich schwierige Enucleation; beim Versuch, die Drüse als Ganzes zu entfernen, reisst die Harnröhre an ihrem Uebergang in die Blase, hinter dem mittleren Lappen ein, so dass man gerade den Zeigefinger einführen kann.

Man fühlt nun sehr deutlich die tiefe, offenbar durch das Bottini'sche Instrument erzeugte Furche. Wird die Spitze des Fingers kräftig gegen dieselbe gedrückt, so weichen die seitlichen Wülste, die dieselbe bilden, auseinander. Zieht man den Finger etwas zurück, so legen sich die Wülste wieder an einander, und verschliessen anscheinend die Furche; es gelingt nur die Prostata in vier Stücken zu entfernen. Drainage und Tamponade. Am 4. August Erweiterung der über der Symphyse gelegenen Fistel durch Schnitt. Entfernung von Phosphat-Concrementen, die ungefähr die Hälfte einer 2 Unzen-Flasche füllen; partielle

Naht. Am 30. August kann erst die perineale Drainage dauernd entfernt werden; im weiteren Sondeneinführung.

28. November. Urin alkalisch, enthält viel Eiter; Fistel im Perineum, aus der einige Tropfen Urin kommen; einige Tropfen Residualharn.

30. December. Patient lässt unter Tags alle 3—4 Stunden Wasser; Nachts 3 Mal; Perinealfistel besteht noch, aus derselben fliesst aber kein Urin mehr; No. 26 französisch lässt sich leicht einführen; heute, nachdem Patient in gutem Strahl Wasser gelassen, auch nicht einen Tropfen Residualharn. Bei der Ausspülung mit Argent. nitric., unter welcher sich Blasencatarrh wesentlich gebessert hat, zeigt Blase Capacität von circa 300 cc; suprapubische Fistel fest geschlossen. Auch bei diesem Patient fängt sich die Spitze der Sonde zuweilen in der Pars prostatica und lässt sich erst nach einigen Versuchen, und dann spielend leicht in die Blase einführen.

Von den von mir operirten Fällen bleibt noch ein Fall übrig. O. W., 70 Jahre alt. Starker Potator; Gonorrhoe vor 30 Jahren; seit 10 Jahren „schwache Blase"; musste fast jede Stunde uriniren, 4—5 Mal Nachts. Seit einem Monat incomplete Retention, die den häufigen Catheterismus nöthig macht; muss jeden Augeblick uriniren; Patient ist ziemlich fett;. mässiges Atherom; schwere Cystitis; keine Nierenerscheinungen; per Rectum gleichmässig vergrösserte weiche Prostata. 7. Juni: Prostatectomie,; Technik wie in früheren Fällen; Capsel wird nicht richtig erkannt und nicht tief genug gespalten, desshalb schlägt Versuch zu enucleiren fehl; nach tieferer Spaltung sehr leichte Ausschälung beider Lappen; starke Blutung; Tamponade und Drain; 4 Stunden post operationem starke Nachblutung, Verbandsstücke durchtränkt, eine ziemliche Menge Blutes ist abgelaufen, Blase sehr stark ausgedehnt und mit Blutgerinseln erfüllt, die sich durch grosses Drainrohr, mit heisser Kochsalzlösung ausspülen lassen; erneute Tamponade, Blutung steht; Drain am 9. Tage entfernt; Sondirungen. 21. November: 26 französisch leicht einzuführen; einige Tropfen Residualharn; leichter Blasencatarrh; kleine Fistel im Perineum. 20. December: Perinealfistel geschlossen; Urin in kräftigem Strahl ohne Anstrengung; einige Tropfen Residualharn; Urin klar; Patient lässt alle 3 Stunden Wasser, Nachts 2—3 Mal.

Die zwei Fälle von Dr. T o r e k will ich nur kurz erwähnen. Sie betreffen Patienten von 54 und 63 Jahren. Beim letzten Patienten wurde die Blasendrainage nach Verletzung und Sutur der Harnröhre durch den Penis etablirt. Ob es zur prima intentio der Harnröhrenaht kam, kann ich aus der Krankengeschichte nicht ersehen. Beim anderen Patienten wurde durch das Perineum drainirt. Beide sind ohne Fistelbildung geheilt. Die Sondeneinführung bei Beiden am 24. November leicht. Sie lassen alle 2—3 Stunden das Wasser und müssen Nachts 2—3 Mal aufstehen. In keinem der beiden Fälle ist Residualharn nach der willkürlichen Blasenentleerung vorhanden.

Ueberblicken wir etwas die Resultate in diesen Fällen, so können wir vorerst eine sehr wichtige Thatsache constatiren. In allen acht Fällen ist der Residualharn sozusagen verschwunden. Das ist ein wesentlicher Erfolg und derselbe ist gewiss darauf zu beziehen, dass das Hinderniss für die Urinentleerung gründlich entfernt ist, und dass die Bildung einer tiefen Tasche, des "bas-fond" der Franzosen, im Blasenfundus nach Wegnahme der Prostata unmöglich ist. Besonders bei Prostatikern mit Neigung zu Steinbildung ist dies wichtig. Ich erinnere hier an den instructiven Fall von L e g u e u, der bei einem, vor 3 Jahren lithotripsirten Prostatiker ein Recidiv in Gestalt von 80 Blasensteinen bei der nun vorgenommenen perinealen Prostatectomie fand.

Was den vermehrten schmerzhaften Harndrang betrifft, so ist er durch die Operation in allen meinen Fällen gebessert. Mit Ausnahme des ersten sind die Patienten mit ihrem Zustand sehr zufrieden. Die meisten lassen alle drei bis vier Stunden ihr Wasser und müssen sich des Nachts 2—3 Mal erheben. Das stimmt fast genau mit den Erfahrungen A l b a r r a n's überein, der wohl mit am häufigsten die perineale Prostatectomie ausgeführt hat. Dass wir normale Verhältnisse nicht sofort wieder herstellen können, liegt hier nicht am Operationsverfahren, sondern, wie ich schon mehrfach angedeutet habe, daran, dass wir es mit chronisch entzündlichen Zuständen in den Harnwegen zu thun haben, die permanente oder wenigstens lang anhaltede Veränderungen hervorrufen. Ich glaube wohl, dass auch die Fistelbildung im Perineum zu Reizerscheinungen etwas beizutragen vermag, aber nach dieser Richtung wird, wie ich mich selbst überzeugt habe, die persönliche Erfahrung die Resultate sehr

verbessern. Die Fistelbildung kann und soll vermieden werden.

Mag man nun bei der Operation den prostatischen Theil der Harnröhre durch ein in die Blase eingeführtes sondenförmiges Instrument markiren, mag man die Prostata systematisch spalten, und sich so die anatomischen Verhältnisse klar legen, eines ist sicher, man soll speciell bei nicht eröffneter Harnröhre das stumpfe Operiren einstellen und mit Messer und Scheere arbeiten, wenn man die Prostata soweit entwickelt hat, dass sie nur noch mit der Urethra im Zusammenhang steht. Sonst wird man letztere stets einreissen oder gar ausgedehntere Substanzverluste schaffen. D e f f i s meint zwar man könne ungestraft den hinteren, unteren Theil derselben zerstören, wenn nur der obere Theil stehen bleibt, so bilde sich eine neue Harnröhre um die eingeführte Sonde. Das ist sehr richtig, und es kommt uns Chirurgen diese Thatsache sehr zu statten bei der Behandlung traumatischer und auch sonstiger Stricturen. Zur Wiederherstellung möglichst normaler Verhältnisse taugt eine derartige Empfehlung nicht. Sie würde zu Verengerungen und in deren Gefolge zur permanenten Sondenbehandlung führen, wie letztere wohl bei allen operativ behandelten Stricturen nöthig ist. Ich habe bei meinen Fällen soweit keine Stricturen gesehen. Die Sonden gleiten bequem in die Blase hinein, auch wenn man, wie in 2 Fällen, zuweilen mit der Spitze des Instrumentes in der pars prostatica stecken bleibt. Beim nächsten Versuch, oder vielleicht erst nach geraumer Zeit, gleitet dieselbe Sonde spielend in die Blase, indem man sich hart an die obere Harnröhrenwand hält. Ich habe von einer derartigen Erfahrung bei anderen nichts gelesen, doch macht D e l b e t darauf aufmerksam, dass die ihrer Prostata beraubte Harnröhre sich anders als die normale verhält. Sie hat sozusagen ihre Stütze verloren. Hat man bei der Enucleation keine Substanzverluste erzeugt, die Urethra vielleicht nur angerissen, so präsentirt sich letztere in der Wunde als übermässig weites Rohr. L e g u e u räth desshalb etwas von der Harnröhrenwand zu reseciren. Ich bin überzeugt, dass in meinen 2 Fällen keine traumatische Verengerung vorliegt, dafür spricht ja die Thatsache, dass die Sonde, sobald sie an die richtige Stelle gebracht wird, ungemein leicht in die Blase gleitet. Es handelt sich aber um eine Ausbuchtung der unteren Wand im prostatischen Theil der Harnröhre, um eine Art Divertikelbildung

daselbst, die zu einigen Schwierigkeiten beim Catheterismus, aber nicht zu der geringsten Störung bei der Harnentleerung geführt hat.

Die Indication zur perinealen Prostatectomie fällt zusammen mit derjenigen die wir überhaupt bei operativen Eingriffen wegen Prostatahypertrophie kennen. Sie soll deswegen nicht weiter besprochen werden.

Bei mehreren meiner Patienten habe ich ein vollständiges Verschwinden der potestas coeundi constatirt. Wahrscheinlich dürfte sich eine ähnliche Veränderung bei allen eingestellt haben, ich habe es indessen vermieden, über diesen Gegenstand zu inquiriren, wenn die Patienten nicht von sich aus die Initiative ergriffen. Wie hoch dies bei den alten Männern anzuschlagen ist, kann man schwer sagen. Auf das psychische Verhalten scheint diese Thatsache von keinem Einfluss.

Zum Schluss, meine Herren, sollte ich wohl einen Vergleich zwischen der Prostatectomie und der galvano-caustischen Incision nach Bottini anstellen. Dazu fehlt mir die nöthige Erfahrung mit der letztgenannten Methode. Wirklich beweisende statistische Zusammenstellungen über Methoden, deren Endresultate sich erst nach längerer Beobachtung sicher stellen lassen, sind aus leicht begreiflichen Gründen schwer zu erhalten. Ich könnte höchstens sagen, dass mir die Prostatectomie in einem Fall das zu leisten schien, was die galvano-caustische Methode, von anerkannt geübter Hand ausgeführt, nicht zu leisten vermochte. Ein Fall will indessen nicht sehr viel beweisen. Die Mortalität nach der Prostatectomie ist nicht grösser als nach der galvano-caustischen Incision. Albarran berichtet über 18 Operationen mit keinem Todesfall, Legueu über 12 mit 1, Murphy über 8 mit keinem, Syms über 21 mit keinem, und ich über 9 Operationen mit 1 Todesfall. In beiden Todesfällen stand der Ausgang in keiner directen Beziehung zur Operation. In einigen Punkten scheint mir die Prostatectomie aber doch Vortheile zu bieten. Sie entfernt das Uebel radical und schützt so vor Recidiven. Sie sichert — und das halte ich für einen der wesentlichsten Punkte — durch die perineale Drainage die Ausserfunctionsstellung der Blase in einer Weise wie dies durch den Verweilcatheter nicht zu erreichen ist. Und diese temporäre Ruhigstellung der Blase ist nicht nur die beste Behandlungsweise schwerer

Infectionen der Harnwege, sondern sie ist auch das sicherste Mittel dem schwer geprüften Prostatiker mit einem Schlage Erleichterung zu schaffen.

Literatur.

1. P. Thorndike. Boston Med. and Surg. Journal, Aug. 28, 1902.

2. Médicine moderne, Nov. 5, 1902. Association franc. d'urologie.

3. Albarran. Annales des mal. génito-urinaires. Nov., 1902.

4. Legueu. Bull. et Memoire de la Soc. de Chirurgie, 102. No. 32.

5. Albarran. Bull. et Memoire de la Soc. de Chirurgie, 1902, No. 32.

6. Delbet. Annales des mal. génito-urinaires. Oct., 1902.

7. Rydygier. Annales des mal. génito-urinaires. Nov. 15, 1902, und Centralblatt f. Chirurgie.

8. Murphy. Journ. of Am. Med. Assoc., March 22 and 29, 1902.

Xanthoma tuberosum diabeticorum.*)

Von Dr. Edward Pisko.

Der Fall, den ich vorstelle, ist, weil ziemlich selten, von einem Arzt zum anderen gewandert und als Pat. am 9. August 1902 zum ersten Mal kam, sagte sie mir nicht, dass andere Dermatologen sie bereits gesehen hätten, sondern nur, dass sie bei einigen Aerzten in Brooklyn war. Als Dr. Lustgarten Fall Ende November in der N. Y. Dermatological Society vorstellte, erkannten Dr. Sherwell und Dr. Johnston die Patientin sofort wieder, aber das Bild, das die Pat. darbot, war ein ganz anderes, als vor 2 Jahren und dies ist der Hauptgrund warum ich den in Band XVIII, No. IX, Journal of Cutan. Dis. veröffentlichten Fall nochmals publicire.

Auf den ersten Anblick der Hände und Finger erkannte ich, dass ich es mit einem Xanthom zu thun hatte; ich liess die Pat.

*) Vorgestellt bei der Wissenschaftlichen Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York, am 24. October 1902.

sich entkleiden, der ganze Körper war besäet von Tumoren stellenweise, so insbesondere am Handrücken, am Fussrücken und am Rumpfe wie eine Crystalldruse angeordnet in einer Ausdehnung von 1½—2 cm und ungefähr ¾ cm elevirt, nicht zu vergessen ungeheuer empfindlich auf die leichteste Berührung hin. In den beiden Kniekehlen, den Ellenbogenbeugen und in der Nackenbeuge waren förmliche Striae; ganze Stränge zogen sich von den Falten auf- und abwärts und die Xanthomknötchen schienen darauf aufgesetzt zu sein, wie kleine Perlen bis zur Grösse einer Erbse mit einem deutlichen gelben Punkt im Centrum; die Anordnung war auffallend ähnlich den Korallenschnüren wie man sie bei Leichen monileformis sieht. Ich untersuchte sofort den Urin, ein einziger Tropfen zur Fehling'schen Lösung zugesetzt färbte den Gesammtinhalt der Eprouvette vollständig gelb. Die Fermentationsprobe (Einhorn) ergab am nächsten Tage 5.5 Procent Zucker; Eiweiss fand ich damals nicht. Nach Angabe der Pat. besteht der Process seit nahezu sechs Jahren, begann an den Armen mit einigen unbedeutenden, wenig elevirten Knötchen, die ungeheures Jucken verursachten. Innerhalb eines Jahres brachen die Tumoren auch auf den Beinen aus, an den Fusssohlen, am Nacken, in den Kniekehlen, jedoch zu keiner Zeit im Gesicht, trotzdem dieselben auch die behaarte Kopfhaut befielen. Pat. hatte 5 Mal geboren und 7 Fehlgeburten gehabt. Dr. Sherwell erwähnt, dass die Läsionen unbeeinflusst blieben, doch die letzte Frühgeburt im März 1900 hatte zur Folge, dass das Xanthom für acht Wochen vollständig verschwunden war; ferner erzählte ihm Pat., dass sie sich im Sommer immer relativ besser befand, während heuer die Krankheit im Juni ganz ausserordentlich sich anliess und Pat. am 7. August im trostlosesten Zustand und mit Selbstmordgedanken auf die Klinik kam. Das Jucken wurde bei Tag und bei Nacht ganz unerträglich, sie konnte keinerlei Arbeit verrichten, nicht einschlafen. Der Gebrauch der Finger war einfach ein Ding der Unmöglichkeit, sie konnte nicht auf den Füssen stehen, denn die Fusssohlen und Zehen waren von Xanthomknoten besäet und es war ihr zur Qual, Strümpfe und Schuhe anzuziehen; ebenso war sie ausser Stande, sich auch nur einen Knopf auf- oder zuzumachen.

Pat. wurde sofort auf stricte anti-diabetische Diät gesetzt,

Mineralwässer, Bäder und Opium ½ Gran 4 mal täglich. Unter meinen Augen besserte sich der Zustand in kürzester Zeit. Gegen Ende September, als Dr. Lustgarten den Fall zum ersten Mal sah, bestand kein Schmerzgefühl mehr, die Pat. befand sich subjectiv wohl, die Knötchen waren abgeflacht, der Urin war klar, hellgelb; specif. Gewicht 1028; Zucker 4.5 Procent; kein Eiweiss; keine Cylinder. Eine am 18. November gemachte Untersuchung ergab 1024 spec. Gewicht; 4.4 Procent Zucker; Spuren von Eiweiss, die wohl darauf zurückzuführen sind, dass die Pat. gravid ist. (Zur Zeit, Mitte Januar 1903, vier Monate.) Die Behandlung wurde in den letzten Wochen dahin geändert, dass Pat. Arsen nimmt, das sie sehr gut verträgt, ohne vorläufigen localen Erfolg. Die Tumoren bleiben ziemlich stationär. Was nun die Frage über den Zusammenhang von Glycosurie mit Xanthoma betrifft, so ist dieselbe schwer zu beantworten. Wäre der Process vom Diabetes allein abhängig, so müsste man jedenfalls viel häufiger Xanthom sehen, da Diabetes doch eine sehr gewöhnliche Erkrankung ist, dagegen das Xanthom zu den seltener vorkommenden Krankheiten gehört. Einzelne Autoren geben an, dass der Zucker nur etwas zufälliges sei und dass sie Fälle gesehen haben ohne Diabetes und doch histologisch dasselbe Bild des Xanthoma tuberosum. Hier ist selbstverständlich das gewöhnliche Xanthom der Augenlider ausgeschlossen — bei denselben wurde noch nie Zucker im Urin gefunden. Pollitzer hat schon nachgewiesen, dass das Xanthom der Augenlider überhaupt keine Neubildung ist, sondern nur fettig degenerirte Muskelfasern und niemals dabei Störungen von Seite der Leber gefunden werden. Dieselben machen nie irgendwelche Erscheinungen und sind absolut schmerzlos und bleiben jahrelang stationär an den Lidern. Was nun das Xanthoma tuberosum betrifft, so bleibt noch nachzuweisen, welcher Factor die Schmerzen bedingt und das oft unerträgliche Jucken oder ob derselbe am Ende doch durch den Zucker erzeugt wird, wogegen allerdings der eben beschriebene Fall spricht, denn die Pat. ist bei 4.4 Procent relativ wohl, sieht gut aus, isst, trinkt und arbeitet und schläft gut.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

L. Jehle: *Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im Sputum Typhuskranker.*

Die Untersuchungen des Verfassers führten zu folgenden Schlüssen: In den mit Pneumonien complicirten Typhusfällen lassen sich sowohl im Sputum als auch im Lungensafte Typhusbacillen nachweisen. Das Sputum hat dann stets, entsprechend dem hämorrhagischen Character der pneumonischen Infiltration eine deutlich hämorrhagische Beschaffenheit. Die Typhusbacillen können sowohl in Reincultur als auch vermengt mit anderen Microorganismen, insbesondere mit dem Influenzabacillus vergesellschaftet, vorkommen. Es gelang jedoch auch wiederholt, abweichend von den bisherigen Beobachtungen, bei klinisch und anatomisch uncomplicirten Bronchitiden Typhusbacillen im Sputum nachzuweisen. Wenn auch eine Ansteckung von Person zu Person durch zerstäubtes Sputum nur in geringem Maasse möglich erscheint, so ist eine Infection auf diesem Wege dann noch nicht ausgeschlossen. Die Beobachtung, dass sich Typhusbacillen im Sputum noch längere Zeit nach Ablauf der Typhuserkrankung nachweisen lassen, machen eine gründliche Desinfection desselben noch in der Reconvalescenz nothwendig, ähnlich wie es jetzt bei dem Urin Typhuskranker verlangt werden muss. (Wiener klin. Wschr. 1902, Nr. 9, S. 232.)

E. Fuchs: *Zur Wirkung des Urotropins bei Typhusbacteriurie.*

Unter 41 untersuchten Typhuskranken kam es bei 14 zu einer Ausscheidung von Bacterien durch den Harn; in 4 Fällen war diese Ausscheidung nur eine geringfügige, nicht einmal microscopisch, sondern nur durch das Culturverfahren erkennbare; die in diesen Fällen ausgeschiedenen Bacterien waren allem Anscheine nach keine Typhusbacterien, in einem dieser Fälle waren sogar sichere Colibacillen vorhanden. Bei 6 anderen dieser 14 Fälle war eine massenhafte Ausscheidung von Bacterien vorhanden, die sicher keine Typhusbacillen waren, und zwar einmal Coli, einmal Coccen und viermal Bacterienarten, die weder zur Typhus- noch zur Coligruppe gehörten; 4 von diesen 6 Fällen erhielten Urotropin, ohne dass aber auch nur in einem derselben eine merkliche Wirkung des Mittels erkennbar gewesen wäre. Nur bei vier (= 9,75 Proc.) von allen untersuchten Typhuskranken kam es zur Massenausscheidung von unzweifelhaften Typhusbacillen; in einem (letal verlaufenen) Falle war diese Erscheinung schon während des Fiebers vorhanden, in den anderen dagegen erst zur Zeit der Entfieberung oder später; einmal wurden noch sechs Wochen nach der Entfieberung ziemlich viel

Typhusbacillen im Harn nachgewiesen. Durch Urotropin wurde an dem der Darreichung folgenden Tage stets ein bedeutendes Absinken der ausgeschiedenen Typhusbacillen beobachtet; sobald aber das Mittel ausgesetzt wurde, stieg die Zahl derselben wieder an. Das Urotropin wirkt also nicht direct abtödtend, sondern nur entwicklungshemmend auf die Typhusbacillen. (Wiener klin. Wschr. 1902, Nr. 7, S. 170.)

Zuppinger: *Zur Aetiologie des Pneumothorax im Kindesalter.*

Das vorher ganz gesunde 2½jährige Kind wachte des Nachts plötzlich mit Geschrei auf, klagte, jammerte, athmete schwer und war durch nichts zu beruhigen. Die Gesichtsfarbe war blass, die Lippen waren blau verfärbt; es bestand Nasenflügelathmen, Orthopnoe, starke Betheiligung der Athmungsauxiliarmuskeln. Rechts bestand Pneumothorax mit deutlicher Verlagerung des Herzens nach links. Die Cyanose nahm zu, die Herzkraft dagegen ab und nach 36 Stunden war der Tod eingetreten. Die Obduction erwies als Ursache des Pneumothorax Lungenperforation, die durch einen Fremdkörper, ein 4 cm langes Kornährchen, hervorgerufen war. Das Kind, das auf einem Strohsack schlief, aus dem die leergedroschenen Aehren bereits herausschauten, hatte während des Schlafes ein Aehrchen aspirirt. Dieser Fremdkörper war in den Hauptbronchus des rechten Unterlappens gelangt und hatte schnell zur Lungenperforation geführt. Mit dem kurzen Stiel vor dem leicht compressiblen Spelzenköpfchen voran und den nachfolgenden Grannen musste er bei der Inspiration wie ein Pfeil vorwärts getrieben werden, die Rückwärtsbewegung beim Husten durch die sich spreizenden Spelzen und Grannen aber energischen Widerstand leisten. — Die Fremdkörper der Luftwege führen im allgemeinen wohl äusserst selten zur Lungenperforation; zumeist kommt es zu Geschwürs- und Abscessbildung und hierdurch zum Durchbruche. Aber auch die Verlegung eines Bronchus allein durch einen Fremdkörper kann unter Umständen zu Pneumothoraxbildung führen. Fremdkörper können aber auch vom Oesophagus aus zu Pneumothorax führen. Von den verschiedenen Lungenkrankheiten disponirt am meisten die Lungentuberculose zum Pneumothorax. Besonders häufig soll dieses der Fall sein, wenn zu bestehender Lungentuberculose Masern hinzutreten. Dann folgt wohl an zweiter Stelle die Lungengangrän. Verf. hat in dem Kronprinz Rudolf-Kinderspital innerhalb 15 Jahren nur drei Kinder an Lungengangrän verloren, zwei nach Masern und eines nach schwerster septischer Diphtherie. Bei letzterem kam es auch zu Pyopneumothorax. Ferner geben Fremdkörper, wie Kornähren, Kirschenkerne und Fischgräten Veranlassung zur Lungengangrän. — Nach verschiedenen Statistiken führt das Pleuraempyem durch

Perforation in die Bronchien relativ häufig zu Pyopneumothorax. Interessant ist die Angabe Leichtenstern's, dass man verhältnissmässig häufig den Durchbruch Stunden und Tage nach der sogenannten capillären Thoracocentese — Hohlnadelstich mit Aspiration — entstehen sah. Diese Thatsache wäre durch Zug an der bereits vorbereiteten Durchbruchstelle durch den in der Empyemhöhle herrschenden negativen Druck zu erklären. — Auch das Lungenemphysem — bei Kindern ist fast ausschliesslich der Keuchhusten die Ursache — kann zur Pneumothoraxbildung führen. (Wiener klin. Wschr. 1902, Nr. 1.)

Elischer: *Ueber die Anwendung von Heroinum hydrochloricum in der Gynäcologie.*

Nach den in den letzten Jahren durch Gerhardt, Dreser, Tauszk, Floret, Weiss u. a. veröffentlichten Arbeiten lag es nahe, das Heroin, bekanntlich den Diessigsäureester des Morphins, auf die schmerzstillende Wirkung — die es neben der hustenstillenden auslöst — zu erproben, und war es ein glücklicher Gedanke Mirtl's, es in ersterer Eigenschaft in die Gynäcologie einzuführen. Mirtl wählte zu diesem Zwecke das in Wasser leicht lösliche Heroinum hydrochloricum, in der Dosirung 1:1000 als Glycerintampons. Auf diesem Wege kommen 0,01—0,015 Heroin in die Scheide und werden darin mehrere Stunden lang behufs Aufsaugung belassen.

Mirtl's interessante Ausführungen veranlassten E., das Verfahren in einigen, oben skizzirten Fällen zu versuchen, die damit erzielten Erfolge aber, das Medicament in klinischen Fällen zu erproben. Die Fälle lassen sich in zwei Gruppen theilen. Die eine betrifft Kranke, deren Schmerzen auf Reizung des Peritoneums zurückzuführen waren, die andere bildeten Carcinome des Uterus.

I. Gruppe. Perimetritis zufolge Gonorrhoea ascensa; zwei Fälle: in dem einen nach drei, in dem anderen nach sechs Wochen Heilung durch Einlegen von Heroin-Glycerintampons.

Von pelveoperitonitischen und parametritischen Exsudaten chronischen Characters kamen fnüf Fälle zur Betrachtung. Diese Kranken reagirten auf das Mittel nicht sofort, gewöhnlich erst am zweiten und dritten Tage — die Heroinwirkung im allgemeinen dauerte hierbei 13—27 Stunden. Zwei Fälle von Adnextumoren (Salpingoophoritis) ergaben befriedigende Resultate.

II. Gruppe. Auffallend befriedigend waren die Resultate mit dem Mittel bei der zweiten Versuchsreihe, derjenigen von inoperablen Carcinomen des Uterus. Die Beobachtung E.'s umfasst sechs solche Fälle. Bei vieren, wo noch die Reinigung der Krebsgeschwüre durch Curette und nachträgliches energisches Verglühen möglich gewesen, bewährte sich der Herointampon ganz ausnehmend.

E. beobachtete: Aufhören der Schmerzen nach Einlegen des Tampons binnen ½—1 Stunde; Dauer des Erfolges 12—15 Stunden.

Von den durch einzelne Beobachter bei Anwendung des Heroin angeführten Nebenwirkungen, insbesondere von dem 4—6 Stunden darnach eintretenden Müdigkeitsgefühl, hat E. bestimmte Angaben nicht zu erzielen vermocht. Eine Sicherung gegen Unruhe und daraus resultirende Schlaflosigkeit bietet das Heroin in obgemeldeter Anwendung und Dosirung unserer Erfahrung gemäss nicht; bei Hysterischen hat es geradezu versagt.

Oertliche Reizung wurde gleichfalls nicht beobachtet; grössere Dosen in Verwendung zu ziehen, hatte E. keine Veranlassung gefunden, wie überhaupt nicht das reine, sondern stets das Heroinum hydrochloricum in Anwendung gezogen wurde.

Fasst man in Kürze das Ergebniss der Controllversuche mit Heroinum hydrochloricum zusammen, so muss man, die schmerzstillende Wirkung des Heroin. hydrochloric. anerkennend, es als ein äusserst verwendbares Unterstützungsmittel in der Behandlung der gemeldeten, besonders der incurablen carcinösen Krankheitsformen erklären, und ist man Mirtl für die Einführung desselben in die Gynäcologie wei für die glücklich gewählte Form der Applicirung gewiss zu Dank verpflichtet. (Heilkunde No. 2, 1902.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 2. Juni 1902.

17 West 43te Strasse.

Prot. Secretär Dr. John Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches angenommen wird.

Dr. J. W. Gleitsmann berichtet namens des Unterstützungs-Comités und wird der Bericht auf Antrag angenommen.

I. *Vorstellung von Patienten, Demonstration von Praeparaten.*

Dr. Franz Torek, Patientin mit *Acne Hypertrophica (Rhinophyma)* vorstellend, liest:

A. S., 60 J. alt, Bierbrauer, kam am 25. März 1902 in meine Behandlung. Vor 10 Jahren begann seine Nase über die normale Grösse zu wachsen, und zwar zuerst auf der rechten Seite, vor

4 Jahren auch auf der linken Seite. Jetzt ist die Nase zu enormer Grösse gewachsen und mit Wülsten und Excrescenzen bedeckt, ein Bild ausgesprochener Acne hypertrophica. Am 29. März Operation unter Chloroform-Narcose. Abtragung der ganzen verdickten Bedeckung an Nase bestehend aus Haut- und Unterhautzellgewebe. Am 10. April Hauttransplantation nach Thiersch. Am 19. April geheilt mit sehr zufriedenstellendem Resultat.

Die Operation, wie ich sie vorgenommen habe, unterscheidet sich von der gewöhnlich für solche Fälle vorgesehenen dadurch, dass sonst die einzelnen, hängenden oder festsitzenden Knoten entweder mit dem Messer entfernt oder durch Ligatur oder Auskratzung entfernt wurden, während ich das ganze hypertrophische Gewebe, — sozusagen die ganze Bedeckung der Nase bis fast auf die Schleimhaut, — in einem Stück entfernt, und dann die Stelle mit Thiersch'scher Transplantation bedeckt habe. Die Nase hat, wie Sie sehen, eine normale Form erhalten, während die Photographien, die ich Ihnen hier vorzeige, die bedeutende Entstellung vor der Operation klarlegen.

Discussion. Dr. Hermann G. Klotz: Ich möchte Herrn Dr. Torek zu dem günstigen Resultate nur gratuliren. Er hat das Einzige gethan, was mit solchem Falle vorzunehmen ist; aber sehr häufig scheuen sich die Patienten — oder auch die Aerzte — in dieser Weise einzugreifen. Das Resultat ist so vortheilhaft, wie man es nur wünschen kann und sehr ermunternd.

Derselbe (Patientin mit *Mammacarcinom* vorstellend):

Dies ist ein Fall von Mammacarcinom, den ich erst durch Oophorectomie und später durch radicale Operation behandelt habe. Ich hatte in der Februarsitzung der Gesellschaft die Ehre, Ihnen über einige Fälle von Oophorectomie für inoperables Mammacarcinom berichten zu dürfen, bei denen ich die Oophorectomie als Palliativoperation ausgeführt habe; ich stellte Ihnen diese Patientin mit folgendem Bericht vor. (Siehe diese Monatsschrift April 1902, S. 172, Fall 4, E. E.)

Im weiteren Verlauf schrumpfte die Mammageschwulst noch mehr, und selbst die Lymphome in der Axilla und in der Schlüsselbeingrube verkleinerten sich etwas und wurden um ein geringes beweglicher, bis es mir nach Mitte März schien, als ob man eine Radicaloperation wagen dürfte, obgleich die Drüsen immer noch recht fest sassen. Am 24. März unternahm ich diese Operation, welche sich zu einer sehr schwierigen gestaltete, da die fest verwachsenen Drüsen Millimeter für Millimeter von den grossen Gefässen und Nerven abpräparirt werden mussten. Die Drüsen oberhalb des Schlüsselbeins waren ebenso schwer zu entfernen wie die weiter unten gelegenen.

Der Heilungsverlauf war ungestört. Am 28. April entfernte

ich noch eine weiter oben am Halse vor dem Sternocleidomastoideus gelegene vergrösserte Drüse, von der ich jedoch nicht weiss, ob die Schwellung maligner Natur war oder nicht. Am 10. Mai verliess Patientin das Hospital mit geheilter Wunde; nur in der Oberschlüsselbeingrube war ein Infiltrat zu fühlen, das meiner Ansicht nach aus dem etwas geschwollenen Omohyoideus und den vorhandenen Narben bestand. Hierauf habe ich ihr noch Behandlung mit Röntgenstrahlen zukommen lassen, und zwar erstens wegen der Möglichkeit, dass in dem Infiltrat doch eine carcinomatöse Drüse liegen möchte, und zweitens weil ich überhaupt allen wegen Carcinoms operirten Patienten eine Nachbehandlung mit X-Strahlen anrathe. Das Infiltrat in der Oberschlüsselbeingrube ist auch thatsächlich weicher geworden.

Wenn man eine Patientin in so guter Verfassung, wie diese, vor sich sieht, so ist es schwer, sich einen Begriff von der früheren Inoperabilität des Falles zu machen. Doch wird Ihnen dies klarer werden, wenn ich noch einiges aus ihrer Geschichte vor der ersten Operation erzähle. Ungefähr am 9. Januar kam sie am General Memorial Hospital um Aufnahme ein. Dort wurde sie von zwei Aerzten untersucht, die ihren Fall für inoperabel erklärten. Ungefähr am 17. Januar wurde sie im Presbyterian Hospital aufgenommen. Dort wurde sie von Dr. McCosh untersucht und als inoperabler Fall nach drei Tagen wieder entlassen. Darauf suchte sie Herrn Dr. Coley auf, und auch von diesem will sie die Weisung erhalten haben, dass er nichts für sie thun könne.

Wenn Sie bedenken, dass dieser Frau von drei verschiedenen Seiten, von namhaften Chirurgen, gesagt worden ist, dass nichts für sie gethan werden könne, dann werden Sie sich einen Begriff davon machen können, dass ich es mit einem verzweifelten Fall zu thun hatte.

Der Fall zeigt den Werth der Oophorectomie in einem neuen Licht, da dadurch ein inoperabler Fall eventuell zu einem operablen umgewandelt werden kann, — im Gegensatz zur gewöhnlichen Reihenfolge, wonach die Oophorectomie nach der radicalen Operation gemacht wird; in diesem Falle war es umgekehrt.

Ich möchte noch bemerken, dass ich die Namen der Herren, welche die Frau gesehen haben, absichtlich genannt habe, weil es in der Beurtheilung des Falles von Wichtigkeit ist, dass sie von Aerzten gesehen worden ist, die sich des Rufes als hervorragende Chirurgen erfreuen und ihr Gutachten darüber ausgedrückt haben.

Dr. Rud. Denig (ein Fall von *Neurritis optica in Folge chronischer Anilinvergiftung*):

Ich werde auf diesen Fall nur insoweit eingehen, als er für Sie allgemeines Interesse erwecken mag. Es handelt sich um

eine sogenannte Gewerbekrankheit. Der Patient leidet an Neuritis optica in Folge chronischer Anilinvergiftung. Wie er mir mittheilte, ist er in einer Bleistiftfabrik, und zwar im sogenannten Mixing Department, angestellt, und hat die Aufgabe, die verschiedenen Anilinfarben zu mischen. Das Personal dieser Abtheilung wechselt sehr häufig; die Leute halten es nicht aus, und es treten mehr oder weniger bei fast allen Leuten leichte Vergiftungserscheinungen auf. Es stellt sich Kopfschmerz, Benommenheit, leichter Schwindel, ferner farbiger Schweiss ein. Der Patient ist seit einer Reihe von Jahren in derselben Fabrik thätig gewesen. Vor ungefähr elf Monaten trat bei ihm zum ersten Male das Symptom der sogenannten Hemeralopie auf: er konnte plötzlich im Dunkeln nichts mehr sehen; bald bemerkte er, dass auch bei Tageslicht die Sehkraft abnahm, dass er beim Lesen nicht mehr im Stande war, die Buchstaben und Wörter zu sehen. Dann trat Kurzathmigkeit auf, Kopfschmerz, Benommenheit; der Urin war dunkelschwarz gefärbt; die Augen waren gelb aussehend, kurz es war das Bild einer sogenannten Nitrobenzolvergiftung vorhanden.

Ich hatte Gelegenheit, vor vierzehn Tagen den Patienten zum ersten Mal zu sehen, und constatirte — wie erwähnt — Hemeralopie; ferner fand sich ein leicht eingeengtes Gesichtsfeld, das sich bei künstlich herabgesetzter Beleuchtung ausserordentlich verengerte. Die Sehkraft war auf 20/40 herabgesetzt, und ophthalmoscopisch war das Bild einer Neuritis optica vorhanden, ein Bild, das mich an das einer toxischen Neuritis erinnerte. Ich liess dann den Urin von Dr. H u e b n e r untersuchen. Diese Untersuchung wies, obwohl Patient vier Monate nicht gearbeitet hatte, das Vorhandensein von Nitrobenzol nach. Dr. H u e b n e r konnte es nicht nur nachweisen, sondern auch isoliren. Daraufhin nahm ich die entsprechende Therapie vor, die in Zuführung von möglichst viel Sauerstoff, Verabreichung von Kochsalz, Glaubersalz, Bittersalz besteht, und ich glaube, dass die Prognose im Allgemeinen nicht ungünstig ist.

Dr. H u e b n e r hat vielleicht die Güte, Ihnen Näheres über die Urinuntersuchung mitzutheilen.

Dr. H u e b n e r: Herr Dr. D e n i g hatte die Güte, mir den Harn zuzusenden und ich war in der glücklichen Lage, das zu finden, was gewünscht wurde. Ich schüttelte den Harn mit Aether aus und behandelte das Aetherextract mit HCl und Chlorkalk; darauf bildete sich das, was ich Ihnen hier zeige. Dann habe ich den Harn mit HCl gekocht und erkalten lassen, mit Soda neutralisirt und dann wieder mit Aether gewaschen; darauf habe ich dieses gefunden. (Präparat vorzeigend.) In dem ersten Präparat ist eine bedeutend dunklere Färbung; ich erkläre mir das dadurch, dass das Präparat noch Jod enthielt (der Patient hat

Jodkali genommen); bei der Behandlung mit HCl scheint das Jod vom Kali ausgeschieden worden zu sein, daher diese Verschiedenheit in der Färbung.

Discussion. Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es scheint mir, dass diese Demonstration von Dr. Denig recht interessant ist und ziemlich weitgehend. Es ist mir nicht bekannt, ob weitere Fälle von Neuritis optica nach Anilinvergiftung veröffentlicht worden sind; man muss aber doch immer auch das Folgende bedenken: Obwohl Anilin von verschiedenen Experten hier gefunden wurde, und Alles auf das Vorhandensein von Anilin im Körper hindeutet, ist es doch noch immer nicht bewiesen, dass diese Neuritis optica direct von Anilinvergiftung herrührt, besonders wenn man bedenkt, dass gar vielen Anilinfarben Arsenik beigemischt wird. Vielleicht konnte es sich auch hier um eine arsenische Neuritis optica handeln, die wohl mehr bekannt ist als Neuritis optica infolge von Anilinvergiftung. Ich stelle mir die Sache so vor: Wenn wir eine toxische Neuritis optica haben, müssen wir doch ein Analogon in anderen Körpertheilen finden, d. h. wir müssten Neuritis bei allen Anilinarbeiten finden, entweder locale, oder doppelte, oder allgemeine Neuritis. Das ist aber thatsächlich nicht der Fall. Die nervösen Erscheinungen, die auf Anilinvergiftung zurückzuführen sind, sind im Allgemeinen die, welche Herr Dr. Denig angeführt hat, nämlich Schwindel, Kopfschmerz, und manchmal vielleicht auch Paraesthesien; von irgendwie ausgesprochener Neuritis ist mir nicht bekannt. Ich möchte also meine Bemerkungen daraufhin zuspitzen, ob es auch sicher ist, dass alle Mischgifte, wie z. B. Arsenik hier ausgeschlossen sind. — Dr. Huebner: Ich habe auf Arsenik untersucht, konnte aber absolut keinen Anhalt dafür finden. — Dr. Rud. Denig (Schlusswort): Was das Auftreten von Neuritis optica bei Nitrobenzol betrifft, so sind eine Reihe von Beobachtungen bei acuter Vergiftung gemacht worden. Das Bild ist genau dasselbe, wie dasjenige, welches ich heute Abend vorgeführt habe. Es traten allmählich die allgemeinen Symptome auf, und dann kam es zur Entzündung des Sehnerves.

Dr. v. Foregger (Demonstration der *Kjeldsen Lampe zur Lichtbehandlung nach Finsen*):

Die Lampe, welche ich die Ehre habe, Ihnen vorzuführen, ist eine electrotherapeutische zu dermatologischen Zwecken und hat folgende Eigenschaften: Sie erzeugt blos chemische, d. i. violette und ultraviolette Strahlen, sie ist also frei von Wärmestrahlen, frei von irgendwelchen schädlichen Strahlen des Sonnenspectrums und hat überhaupt nur eine bactericide Wirkung. Die damit verfolgte Heilmethode fällt in das Capitel des Finsen Heilverfahrens. Thatsächlich ersetzt die Kjeldsen-Lampe die

Finsen-Lampe, indem sie nach uns kundgegebenen Erfahrungen des Professor Finsen dieselbe übertrifft.

Das Verfahren Finsens und dessen gute Resultate, besonders in Lupus, haben sich in der Therapie allmählig sehr eingebürgert. Doch bieten die Handhabung ebenso wie Betriebskosten der Lampe Nachtheile, die deren Gebrauch mitunter völlig ausschliessen. Der Finsenapparat besteht aus einer Bogenlampe mit Kohlenelectroden, deren Bogen ca. 80 Ampères verspeist. Da in dem Lichte nur ein Theil therapeutisch wirksame Strahlen sind, muss, um die gewünschte Wirkung zu erzielen, der grosse Theil der schädlichen Strahlen elliminirt werden. Dies geschieht durch Absorption in Flüssigkeitscylindern, wobei jedoch die Wirkung der chemischen Strahlen gemindert wird. Aus diesen kurzen Umrissen werden Sie schon ersehen, dass die Dimension einer solchen Lampe sehr bedeutend ist. Die Thatsache allein, dass 80 Ampères Strom benöthigt werden, zeigt, dass Maschinerie, Schaltvorrichtung, Leitung etc. derartig sind, dass sie einen Raum für sich benöthigen, wie er eben nur in Cliniken zu haben ist. Es ergab sich das Bedürfniss eine Lampe zu construiren, welche frei von allen schädlichen Strahlen, den höchstmöglichsten Effect der chemischen, bactericid wirksamen Strahlen erzielte. Auf dieser Bedingung basirt Kjeldsen's Erfindung.

Kjeldsen, ein Däne und Civil-Ingenieur, machte die ersten Versuche dieser Art in diesem Lande, im Laboratorium der General Electric Company in Schenectady. Er benutzte daselbst Eisenelectroden zur Erzeugung ultravioletter Strahlen. Zurückgekehrt nach Europa in 1900 bot er seine Dienste Professor Finsen an, um seine Idee auszuarbeiten. In Sept. 1901, auf dem Naturforscher-Congress in Hamburg, war Dr. Bang, Assistent im Finsen Laboratorium, der Erste der uns interessante Kunde über die neue Lampe brachte. Experimente, welche seither im Institute Prof. Finsen's gemacht wurden, haben alle Erwartungen übertroffen.

Die Construction der Lampe ist sehr einfach. Zwei Eisenelectroden in Verbindung mit einer Kühlvorrichtung sind von einer Metallkappe und einem hölzernen Griff umschlossen. An der Metallkappe sind eine Crystalllinse und ein rothes Gläschen für den Beobachter angebracht. Die Kühlvorrichtung, welche Circulation von Wasser durch die hohlen Electroden vorsieht, soll das Schmelzen derselben verhindern. Das rothe Glas soll das Auge des Beobachters vor den für die Retina sehr schädlichen ultravioletten Strahlen schützen.

Der Lichtbogen hat eine Spannung von 35 bis 40 Volts. Eine Stromstärke von 3 bis 5 Ampères ist allen Zwecken entsprechend. Beim Gebrauche ist die Crystallinse auf die zu behandelnde kranke Hautpartie fest aufzupressen, um das Blut zu verdrängen,

da das Haemoglobin die Eigenschaft besitzt, chemische Strahlen zu absorbiren.

Es zeigt sich nun, dass bei entsprechender Behandlung, nach 3 Minuten dieselbe Wirkung hervorgerufen wird, wie sie der Finsenapparat nach ½ Stunde erzielt. Versuche der Doctoren Aufrecht und Below in Berlin haben gezeigt, dass die unfehlbare bacterientödtende Wirkung innerhalb 1—2 Minuten eintritt. Eine 3 Minuten lange Einwirkung wird wohl kaum zu überschreiten sein. Den Effect dieser Lampe, von 2½ Ampères während 2½ Minuten, können Sie an den Zeichen, die ich in dieser kurzen Zeit an meinem Arme mittelst Schablonen erzeugte, deutlich ersehen. Die Röthe trat einige Stunden nach der Bestrahlung ein.

Wenn Sie nun 3 Ampères und 3 Minuten mit 80 Ampères und ½ Stunde vergleichen, und ferner die leichte und vortheilhafte Handhabe der Kjeldsen-Lampe in Betracht ziehen, werden Sie bald den Werth dieser gegenüber der Finsenlampe oder anderen Lampen ähnlicher Construction erkennen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass fortan jeder practische Arzt in der Lage sein wird, während seiner Sprechstunde das Lichtheilverfahren auszuüben.

Seit Herbst 1901 kommt die Kjeldsenlampe in verschiedenen europäischen Ländern, spec. in Deutschland, unter dem Namen „Dermo" in Handel.

Experimente über die bacterielle Wirkung der Lampe werden demnächst in diesem Lande veröffentlich werden.

Die Lampe wird leicht an jeden Lampen-Sockel einer Gleichstromlichtleitung eingeschalten und benütze ich, wie ersichtlich, einen einfachen Lampenwiderstand in Serie zur Stromregulirung. Eine Accumulatorenbatterie von 20 Zellen würde denselben Zweck erfüllen, die Anlage aber vertheuern.

Discussion. Dr. J. W. Gleitsmann: Ich bin kein Sachverständiger in Bezug auf Lichteffecte, wie einer unserer Collegen, der auch in meinem Fach arbeitet. Ich habe auch verschiedene Patienten von Collegen untersuchen und von Röntgen-Strahlen Gebrauch machen lassen. Was mich bei dieser Discussion über den Lichteffect der Röntgen-Strahlen u. s. w. für therapeutische Zwecke interessirt, ist folgendes: Ich möchte von den Herren, die Erfahrung darin haben, hören, ob und welche Effecte durch die Röntgen-Strahlen in therapeutischer Beziehung erzielt worden sind. Bis jetzt ist das Wenige, was ich darüber gelesen habe, nicht sehr zufriedenstellend. Die Berichte sind ausnahmslos widersprechend. Da ist der Bericht von Dr. Morton, der sehr günstig ist. Ich zweifle nicht, dass die Beobachtungen, die dieser College gemacht hat, richtig sind. Andererseits aber weiss ich wieder von einem Collegen, dessen Glaubwürdigkeit ebenfalls

zweifellos ist, von Dr. Delavan, der in einer Versammlung der amerikanischen Laryngological Association in Boston einen Vortrag gehalten hat, in welchem der Effect der Röntgen-Strahlen auf bösartige Tumoren des Kehlkopfes als höchst zweifelhaft dargestellt worden ist. Ich will nicht sagen, dass wir nicht in diesen Strahlen mit der Zeit ein gewaltiges Hülfsmittel bekommen werden; was ich wissen möchte, ist: Haben wir jetzt practische Erfahrungen? Haben wir schon etwas in der Praxis gewonnen? Können wir unseren Patienten mit gutem Gewissen rathen, wenn wir einen Fall sehen, den wir aus dem einen oder dem anderen Grunde nicht operiren können, sich in Behandlung mit Röntgen-Strahlen zu begeben? Natürlich, wenn man den Bericht von Dr. MortPon acceptirt, dann kann man ihnen Hoffnung machen; aber wir wollen etwas mehr wissen, nämlich, ob wir wirklich erwarten dürfen, dass wir mit diesen chemischen Lichtstrahlen Erfolge erzielen können. Das ganze Gebiet maligner Tumoren ist sehr dunkel in Bezug auf Aetiologie und Therapie nicht minder, so dass wir jedes neue Hülfsmittel mit Freude begrüssen müssen. Wir dürfen aber nicht zu enthusiastisch sein. Ich habe verschiedene Patienten, die inoperabel sind, können wir solchen Patienten Aussicht machen, dass ihnen durch die Lichtstrahlen der Lampe oder die Röntgen-Strahlen geholfen wird? — Dr. F. J. Leviseur: Als ich vor zwei Jahren in Paris war und dem dermatologischen Congress beiwohnte, sah ich die Patienten, die von Professor Finsen herübergeschickt waren. Es waren das entschieden ausgezeichnete Resultate, und man konnte das deshalb so gut sehen, weil verschiedene Pariser Collegen die auf andere Weise behandelten Lupusfälle zum Unterschied daneben gestellt hatten. Es war auch ein Apparat im Hospital St. Louis da, mit welchem die Patienten behandelt wurden. Es wurden nicht nur Lupus und Epitheliom, sondern auch Tinia und andere parasitäre Hautkrankheiten behandelt. Der Eindruck, den die Sache auf mich machte, war der, dass sich diese Lichtbehandlung für den practischen Arzt nicht eignen könnte; denn der Apparat ist sehr complicirt und rentirt sich nur, wenn man verschiedene Patienten zu gleicher Zeit behandeln kann. Sind die Patienten im Hospital, so dass man sie täglich bestrahlen kann, so ist das in practischer Beziehung schon möglich. Ich nahm einige Linsen mit und construirte mir hier einen Apparat. Natürlich ist meine Erfahrung ausserordentlich beschränkt; und das liegt wohl auch daran, dass hierzulande der Lupus eine seltene Krankheit ist. Ich habe aber doch einige Fälle behandelt und beobachtet, kann aber natürlich meine Resultate nicht als massgebend hinstellen. Nur in einem Falle beobachtete ich eine ganz auffallende Besserung nach einer sehr langen Behandlungsdauer — ich glaube nach 75maliger Bestrahlung — aber es handelte sich um eine ausserordentliche Zerstörung an der Nase, und es war

doch ein überraschendes Resultat. In Deutschland finden wir jetzt überall, d. h. in den meisten Kliniken, die Lichtbehandlung angewendet, und ich glaube, man ist sich darüber einig, dass dieselbe eine ausserordentlich gute Behandlung für den Lupus abgiebt. In wie fern die Theorie, dass die ultravioletten Strahlen es allein sind, die einen günstigen Erfolg hervorrufen, ihre Berechtigung hat, ist noch nicht ganz festgestellt. Ich glaube, dass wir mit dieser Lampe auch erst durchmachen müssen, was Finsen's Licht schon durchgemacht hat, nämlich den practischen Beweis der klinischen Wirksamkeit, die sich für Finsen's Lampe bereits herausgestellt hat. Bei der Finsen'schen Lampe sind die Linsen von Bedeutung; gewöhnliches Glas lässt die chemischen Strahlen nicht so leicht durch wie Bergcrystall. Bei der Finsen'schen Lampe ist der Focus leicht zu controlliren. Die Gewebe müssen durch ein Glas oder eine Crystalllinse gedrückt werden, um, wie Finsen meint, das Blut von der Stelle fortzuhalten, denn das Blut absorbirt die Strahlen und macht die chemischen Strahlen unwirksam; also der Druck, der durch das Glas ausgeübt wird, ehe die Strahlen das Gewebe treffen, ist von grosser Wichtigkeit. Das wird bei dieser Lampe in vielen Fällen sehr einfach sein, in anderen Fällen wäre es wohl wünschenswerth, wenn man die Lampe selbst etwas fernhalten und auf die betreffenden Gewebe noch selbst separat einen Druck ausüben könnte. Dass der Druck vielleicht schon an und für sich irgend welchen Einfluss auf den Heileffect haben könnte, wie von sceptischer Seite ausgesprochen worden ist, ist wohl ausgeschlossen. Ich habe nämlich an Lupus der Augenlider, wo doch kein Druck möglich ist, Heilerfolge gesehen. Das Angenehmste an dieser Lampe, namentlich im Sommer, ist zweifellos, dass sie keine Hitze verbreitet. Ich möchte zum Schluss noch fragen, ob in klinischer Beziehung mit dieser Lampe schon Versuche gemacht worden sind? — Dr. v. Foregger: Es sind in Berlin Versuche gemacht worden, und es liegen Berichte darüber vor. Ich habe selbst vor, über die gemachten Versuche demnächst einen gedruckten Bericht erscheinen zu lassen. — Dr. Ludwig Ewald: Die Ausführungen des Herrn Dr. Gleitsmann veranlassen mich, hier einen Fall anzuführen, bei welchem die Röntgen-Strahlen in Anwendung gekommen sind. Es handelte sich um eine 48jährige Frau, die fünf Wochen zu uns in's Hospital kam und angab, dass sie vor zwei Jahren von Leopold in Dresden wegen Carcinom operirt worden sei. Die Untersuchung ergab einen Tumor, der dem sechsten Schwangerschaftsmonat entsprach und als inoperabel bezeichnet wurde. Dr. Garrigues rieth der Frau an, einen Versuch mit Röntgen-Strahlen zu machen; die Frau kam dem Rathe nach, und machte im Zeitraum von vierzehn Tagen acht Sitzungen durch. Ich hatte Gelegenheit, sie während dieser Zeit und nachher zu untersuchen

und konnte constatiren, dass der Tumor in die Höhe gewachsen war und sich während dieser Zeit eine Fistel nach der Scheide zu gebildet hatte. Dabei waren die Verbrennungen durch die Röntgen-Strahlen so immens, dass das ganze Abdomen eine Wundfläche war. Eigenthümlich war es, dass nach weiteren acht Tagen noch eine Verwickelung hinzutrat; es traten nämlich weisse, linsengrosse Flecken über der ganzen Wundfläche auf, was den Eindruck machte, als ob es sich um trophische Störungen handle. Die Frau war in einem furchtbaren Zustande und ist auch heute noch in der schlimmen Lage, dass sie kaum liegen oder sitzen kann. Ich möchte daher einen weiteren Fall einer solchen Behandlung nicht aussetzen. — Dr. Robert Newman: Ich habe viele Fälle der Art gesehen, und auch selbst behandelt. Es geht zu weit, das alles zu beschreiben. Die Technik hat dabei sehr viel zu thun und wenn eine Verbrennung stattfindet, so ist es meistens die natürliche Folge einer verfehlten Technik. Man muss die Strahlen direct auf den Theil fallen lassen, den man treffen will, alle anderen Theile müssen durch ein Metall bedeckt werden, durch welches die Röntgen-Strahlen nicht durchdringen. Die Strahlen dürfen nicht zu nahe gehalten noch zu lange durchdringen, oder zu stark gebraucht werden. Dr. Chas. Allen hat vielfache Erfahrungen darin gemacht und hat darüber einen Vortrag gehalten, bei dem er fünfzehn Patienten gezeigt und vorgeführt hat, meist von Carcinomen, die alle curirt worden sind. Die Fälle Dr. Morton's sind interessant und lehrreich. Dr. Skinner in New Haven hat wunderbare Erfolge gehabt, und ich habe täglich in unserem Institut in der Lexington Avenue Epitheliom, Lupus, Sarcom u. s. w. beobachtet, darunter Fälle, die operirt worden sind; unter anderen ein Zahnarzt, dem ein Theil der oberen Maxilla operirt wurde. Die ganze Hälfte des Gesichtes war voll von Löchern; der Tumor war hinter dem Auge; das Auge war ganz herausgedrückt, die Krankheit fing an mit Polypus in der Nase und ging durch das Antrum. Ich habe einen Patienten in einer medicinischen Gesellschaft vorgestellt, woselbst etwa dreissig Aerzte zugegen waren, und alle sagten, der Mann könne nicht curirt werden, und zweifelten, dass er zu mir nach der Office kommen könnte. Der Mann magerte ab, konnte nicht mehr gehen, und jetzt, nach einmonatlicher Behandlung, kann er seinem Geschäft wieder nachgehen. Der Tumor ist bedeutend vermindert. Die Sache erfordert allerdings eine gewisse Technik, sie hat aber jedenfalls sehr viel für sich, insbesondere der Schmerz wird entschieden gestillt, die Eiterung hört auf, auch die wunden Stellen heilen. Ob freilich Carcinom etc. in einem Jahre etwa wiederkehrt, das kann man noch nicht sagen; jedenfalls lohnt es sich in diesen Fällen von Epitheliom, Sarcom und Lupus eine solche Behandlung mit Röntgen-Strahlen zur Anwendung zu bringen. — Dr. Franz Torek: In dem

Falle, über welchen ich gesprochen habe, nämlich von Mammacarcinom, habe ich die Röntgen-Strahlen aus einem Grunde angewendet, der von verschiedenen Seiten als ein triftiger angesehen wird, nämlich, dass man Fälle, die für Carcinom operirt worden sind, aus prophylactischen Gründen eine Zeit lang bestrahlen solle. Um auf die von Dr. Gleitsmann aufgeworfene Frage zurückzukommen, so möchte ich das Wenige was ich darüber sagen kann, zur Mittheilung bringen. Den besten Erfolg sah man, wie Alle übereinstimmend angeben, bei den oberflächlichen Haut-Carcinomen; von diesen habe ich bis jetzt erst einen Fall behandelt, und der ist gut geworden, und zwar sehr schnell. Ich muss aber, um ganz genau zu sein, noch einen berechtigten Zweifel über die Diagnose „Epitheliom" hier aussprechen. Der Fall war eine Geschwulst unterhalb der Mamma, auf der Rippe aufsitzend, die ich zuerst für Gumma angesehen hatte, aber schliesslich exstirpirte. Der exstirpirte Tumor wurde microscopisch untersucht und stellte sich ganz zweifellos als Carcinom dar. Die Wunde heilte sehr langsam, aber sie heilte schliesslich. Nach einiger Zeit kam die Frau wieder zu mir mit einer Kruste an der Stelle der Narbe, die vielleicht einen halben Zoll im Durchmesser hatte. Ich entfernte die Kruste und sah eine geschwürige Flechte. Da sich dieselbe direct auf der Narbe des Carcinoms befand, glaubte ich ziemlich guten Grund zu der Annahme zu haben, dass es auch Carcinom wäre; sie heilte merkwürdiger Weise schon, nachdem sie zwei Mal bestrahlt worden war, während vorher die Heilung nur sehr langsam von Statten gegangen war. Bei den absolut inoperablen Fällen sollten wir entschieden die Röntgen-Strahlen verwenden. Ich habe einige solche Fälle in Behandlung gehabt und allerdings keinen davon geheilt, aber alle sind mit der Behandlung sehr zufrieden, besonders diejenigen, die mit starken Schmerzen kamen; diese wurden fast sofort von ihren Schmerzen befreit. Ich habe u. A. einen enormen Tumor des Unterkiefers, des Oberkiefers und Wangenknochens in Behandlung gehabt bei einer Italienerin, die schon lange keine Nacht schlafen konnte. Nachdem sie nur ein paar Mal unter Behandlung mit Röntgen-Strahlen gewesen war, wurde mir von ihrem Manne verdolmetscht, dass sie jetzt die ganze Nacht schlafe. Aehnliche Beobachtungen habe ich auch bei anderen inoperablen Fällen gemacht. Ich habe aber auch in Fällen von Tuberculose Versuche gemacht, u. A. bei einer Frau die mit schmerzenden Drüsenschwellungen zur Behandlung kam. Die Schmerzen verschwanden, aber die Drüsen sind jetzt nach der Behandlung noch genau so gross, wie sie waren, und die eine Drüse, welche anfing käsig zu zerfallen, ist ungefähr noch in demselben Zustande. Ein anderer Fall ist ein Fall von Hauttuberculose, die an der Scapula im geringsten Durchmesser 6½ Zoll mass. Ich habe den Mann erst zwei Mal bestrahlt und kann

doch schon eine Besserung constatiren. Fälle auf der Oberfläche der Haut scheinen gute Resultate zu geben, während die tiefer sitzenden nur ein relatives Resultat zeigen. Eine Verbrennung habe ich noch nicht erlebt. Zum Schutz brauche ich Bleiplatten, die besser sind als Tinfoil. Ich würde also meinen, dass man gerade bei den inoperablen Fällen den Gebrauch der Röntgen-Strahlen anrathen soll, ohne den Patienten dabei zu versprechen, dass sie geheilt werden. Bei leichteren Fällen würde ich den Patienten nicht zur Röntgen-Behandlung rathen, weil die chirurgische Exstirpation gerade bei Hautcarcinomen ein sehr gutes Resultat giebt, und man darin eine lange Erfahrung hat. Nur wenn die Patienten es persönlich wünschen, sollten sie bestrahlt werden. — Dr. Hermann G. Klotz: Ich möchte direct an das anknüpfen, was Dr. Torek sagt, dass die Behandlung eine ziemlich langwierige ist. Das gilt ganz besonders von der Lichttherapie des Lupus. Ist es doch festgestellt worden, dass es bei einem ausgedehnten Lupus Jahre lang dauern mag, bis die Behandlung durchgeführt werden kann. Es ist oft sehr schwer, die Berichte über Lichttherapie und Röntgentherapie auseinanderzuhalten, und doch handelt es sich um wesentlich verschiedene Agentien. Auf dem Gebiet der Hautkrankheiten wird jetzt ungefähr alles mit Licht oder Röntgen behandelt, es giebt aber Krankheiten, die ein sehr schlechtes Versuchsfeld abgeben, weil sie in ihrem Verlauf an und für sich recht bedeutende Schwankungen und gelegentlich Neigung zeigen, spontan besser zu werden oder zu heilen, wie z. B. Psoriasis und die mehr ausgebreiteten Formen des Lichen planus. Daher soll man sehr vorsichtig sein im Urtheil. Betreffend die bösartigen Geschwülste gehen die Berichte ausserordentlich auseinander; manche Autoren haben ganz besonders gute Resultate zu berichten, manche leugnen sie. Die Beobachtungszeit ist noch eine zu kurze. Die oberflächlichen Hautepitheliome stehen oft Jahre lang still und wachsen dann plötzlich rascher. Bei diesen ist wohl die kürzere chirurgische Behandlung vorzuziehen. Was speciell diesen Apparat anbelangt, so kann ich nur sagen, dass er etwas sehr Ansprechendes und Verlockendes hat. Ich war etwas überrascht über die positive Behauptung des Herrn Vortragenden betreffs der bactericiden Wirkung des Lichtes; dieselbe wird, wenigstens was Röntgen betrifft, von verschiedenen Seiten absolut in Abrede gestellt. Ob das auch für das Licht gilt, kann ich nicht behaupten. Im Allgemeinen sehe ich in inoperablen Fällen keinen Grund ein warum man den Patienten nicht dieser Wohlthat sollte theilhaftig werden lassen, wenn man sie nur vor Verbrennen schützt. In vielen Fällen ist jedenfalls wenigstens Besserung damit erzielt worden.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Die Discussion hierüber ist geschlossen. Es wäre vielleicht angezeigt, dass wir im näch-

sten Winter eine besondere Discussion hierüber veranstalteten; ich bin überzeugt, dass viele Mitglieder der Gesellschaft darüber Erfahrungen haben, und ich werde selbst auch gern bereit sein, einen Beitrag zu dieser Discussion zu liefern.

II. *Vorträge.*

Dr. A. Ripperger: *Zur Atropinbehandlung des Ileus.* (Vortrag ist in No. 5 des Jahrganges 1902 ds. Monatssch. als Originalarbeit publicirt.)

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Die Zeit ist zu weit vorgeschritten, als dass wir in eine Discussion über diesen Vortrag eintreten könnten. Ich möchte Ihnen die Mittheilung machen, dass unser Ehrenmitglied, Prof. Adolf Kussmaul, am 29. v. M. in Heidelberg gestorben ist, und ich bitte Sie, sich zu Ehren des Verstorbenen von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Die Versammlung beschliesst ausserdem, der Familie des Verstorbenen ein Beileidsschreiben zu übersenden.

Die Versammlung beschliesst ferner, die Resignation von Dr. Beaman Douglas anzunehmen.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann prot. Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

Sitzung vom 20. November 1902.

Vorsitzender: Dr. Karl Doepfner.

1. Dr. L. H. Abele: *Technik und Indication der conjunctivalen Deckung.* (Wird anderweitig erscheinen.)

2. Dr. A. Decker: Referat über eine neue Methode zur *Behandlung der Tuberculose, der chronischen Nephritis und des Carcinoms.*

Dr. Edward Krull in Guestrow, Mecklenburg, macht in der ärztlichen Rundschau Mittheilung über eine neue Anwendungsweise der Ameisensäure.

Aus der Thatsache, dass in dem Schweisse der Phthisiker — gegenüber dem Gesunder — sich auffallend geringe Mengen von Ameisensäure vorfinden, ja dass diese bisweilen sogar ganz fehlt, glaubte K. schliessen zu können, dass im Innern des Körpers die Production der Ameisensäure eine verminderte sei; der Gedanke lag somit nahe, diesem Mindergehalte an Ameisensäure durch Zufuhr von Aussen abzuhelfen.

Nachdem sich die innerliche Darreichung des Mittels als unwirksam erwiesen hatte, stellte Dr. K. ausgedehnte Versuche an über seine Wirksamkeit bei subcutaner Application und hatte dabei in der That, wie es scheint, beachtenswerthe Resultate zu verzeichnen. Zu Anfang der Versuche benützte er wässerige Lösungen der Säure von 1:100 bis 1:100000, später fand er aber, dass Lösungen von 1 zu mehreren Millionen dieselbe, oft sogar noch bessere Wirksamkeit zeigten; die jeweils injicirten Mengen variirten von 1/10—1 Pravatz'sche Spritze voll.

Bezüglich der Zahl der Injectionen behauptet K. in vielen Fällen mit einer, in den meisten aber mit zwei Injectionen ausgekommen zu sein und nur in wenigen Fällen die dritte Einspritzung nöthig gehabt zu haben. Die Injectionen fanden statt in Pausen von durchschnittlich 4—6 Monaten.

Die ursprüngliche Annahme, dass durch die Injectionen ein im Körper vorhandenes Deficit von Ameisensäure gedeckt werde, und dass dadurch direct die günstigen Resultate gezeitigt würden, liess sich nicht aufrecht erhalten; dazu sind die Mengen der injicirten Ameisensäure zu geringe; K. glaubte vielmehr annehmen zu müssen, dass die von aussen eingeführte Ameisensäure die chemische Thätigkeit der Zelle in dem Sinne einer vermehrten Bildung von Ameisensäure beeinflusse, und auf dise Weise die auffallende Hebung der Gesammternährung und der Widerstandsfähigkeit des Organismus zur Folge habe.

K. berichtet, seit 1896 über 1800 Patienten auf diese Methode behandelt und viele Heilungen bei obengenannten Zuständen erzielt zu haben. Kranke in vorgeschrittenem Stadium, deren Gewebe keine Resistenzfähigkeit mehr besitzen, sind von der Ameisensäurebehandlung auszuschliessen.

Discussion. Dr. Gustav Schirmer: Ameisensäure wurde schon vor 20 Jahren von Julius Hensel in seiner Macrobiotik als Heilmittel empfohlen und zwar als Tonicum in Form eines eisensauren Salzes und zum Inhalieren bei Lungenschwindsucht. Die Priorität gebührt daher Hensel.— Dr. A. Decker: Bei der Hensel'schen Anwendungsweise handelt es sich um interne Medication oder um Inhalation, bei der Krull'schen dagegen wird die Ameisensäure nur subcutan angewendet. Ein Prioritätsconflict scheint somit nicht vorzuliegen.

3. Dr. I. Holinger berichtet in offener Sitzung über eine seit mehreren Jahren zu Beginne des Winters in grösserer Zahl auftretende, wohl characterisirte *Pharyngitis.* Sie wird sehr häufig mit Tonsillitis verwechselt, hat aber mit den Tonsillen nichts zu thun, denn diese sind nicht geschwollen und nicht mehr, oft sogar weniger geröthet als der umgebende Pharynx. Dieser ist aber in seiner ganzen Ausdehnung incl. des weichen Gaumens und der hinteren Wand aufwärts bis in den Nasopharynx und abwärts bis zur Epiglottis stark geröthet und geschwollen.

Dabei ist das Allgemeinbefinden ein schlechtes; es bestehen rheumatische Schmerzen im ganzen Körper, Verstopfung, Lichtscheu und meist etwas Fieber. Die Dauer variirt von einigen Tagen bis Wochen.

Die Behandlung ist rein symptomatisch: gegen die Verstopfung wird Calomel, gegen die Glieder- und Kopfschmerzen Antipyrin verordnet. Von günstigem Einfluss, local sowohl, wie für das Allgemeinbefinden, waren Pinselungen des Pharynx mit Lösungen von Jod in Jodcalium und Glycerin.

Dass wir es mit nichts anderem zu thun haben als mit Influenza, zeigen auch die zu dieser Zeit sich häufenden acuten Mittelohrentzündungen und Nephritiden, welche ebenfalls als Complicationen dieser Krankheit aufzufassen sind.

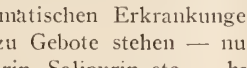
4. Dr. K. Doepfner macht auf eine Veröffentlichung von Claudius in Kopenhagen aufmerksam, nach welcher Catgut auf einfachste Weise dadurch sterilisirt werden könne, dass man es für 8 Tage in Lugol'sche Lösung legt.

Schluss der Sitzung.

Dr. L. H. Abele, Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Mesotan, ein locales Antirheumaticum.* Während für die Behandlung der rheumatischen Erkrankungen dem Arzte eine ganze Reihe interner Mittel zu Gebote stehen — nur zu erwähnen die Salicylate, das Salophen, Aspirin, Salipyrin etc. — hat die äusserliche Behandlung dieser Affectionen nur eine beschränkte Verbreitung gefunden, da das einzige für diesen Zweck bisher in Betracht kommende Mittel, das Gaultheria- oder Wintergreenöl, seines penetranten, aufdringlichen, Kopfschmerz erzeugenden Geruches wegen gegen die internen nicht aufkommen konnte. Die Farbenfabriken vorm. Fricdr. Bayer & Co., Elberfeld, haben nunmehr ein Salicylpräparat „*Mesotan*" hergestellt, den Methoxymethylester der Salicylsäure, von der Formel



das den Nachtheil des Gaultheriaöls völlig vermeidet und ausserdem in der Wirkung Vortheile zu haben scheint. Es ist eine gelbe, helle Flüssigkeit, von leicht aromatischem Geruch und mit den bekannten organischen Lösungsmitteln, sowie mit Oel mischbar.

H. Röder macht über das Mittel in der Münchener med. Wochenschrift (1902, No. 50) interessante Mittheilungen. Nachdem er sich durch einen Selbstversuch von der Unschädlichkeit des Mittels für die Haut und der Ausscheidung von Salicylsäure im Harn überzeugt hatte, hat er das Mesotan seit Februar 1902 bei einer Reihe von Patienten mit rheumatischen Affectionen verschiedenster Art angewandt. Eine erste Gruppe

seiner Fälle waren leichte chronische bis subacute Gelenkerkrankungen, bei denen objectiv nur Druckempfindlichkeit, subjectiv leichter Schmerz, Behinderung oder nur Ermüden im Gebrauch vorhanden waren. Diese Fälle waren alle nach einer einzigen Anwendung, meist für mehrere Tage beschwerdefrei, dabei hatten die Affectionen zum Theil monatelang bestanden, waren durch Massage, heisse Bäder, Einreibungen, auch innerlich mit Salicyl behandelt und hatten nur stundenweise Besserung erfahren.

Bei einer zweiten Gruppe konnte R. nicht genau feststellen, ob die über den Gelenken befindliche Musculatur auch ergriffen war. Eine dritte Gruppe hatte ausser der Druckempfindlichkeit Gelenkbewegungsbeschränkungen und zum Theil Krachen in den Gelenken. Alle Patienten gaben sogleich eintretende Besserung an. Gleich gute Erfolge wurden ferner erzielt bei den Fällen von chronischem und subacutem Gelenkrheumatismus mit Anschwellung der Gelenke.

R. wendet das Mittel in der Weise an, dass er 3—5 Minuten lang mit einem kleinen Wattebäuschchen oder Pinselchen das Mesotan oder — noch vorsichtiger — eine Mesotan-Olivenölmischung zu gleichen Theilen anstreicht, nicht einreibt, und mit Woll- oder Seidenstoff (Strumpf, Handschuh) bedeckt. Diese zur Wirkung an sich unnöthige Bedeckung denkt sich R. als Schutz gegen mechanische Laesion und eventuell z. B. bei Supraorbitalneuralgie zur Abhaltung von weiterer Schädlichkeit vortheilhaft. Man könnte auch mit Mesotan befeuchteten Mull auflegen und mit Flanell bedecken, ähnlich wie dies Lemoine für Gaultheriaöl vorschreibt. Der Effect tritt sehr bald nach der Einreibung ein. Die Patienten empfinden zuerst eine nicht unangenehme Erwärmung oder leichtes Prickeln und Brennen der Haut, worauf bald der Schmerz schwindet. In ebenso günstiger Weise wie Röder spricht sich Th. Floret über das Mesotan aus. (Mesaton, ein äusserlich anwendbares Antirheumaticum, Deutsche med. Wochenschrift, 1902, No. 42.)

— *Hemoquinine.* In vielen anaemischen Zuständen werden die besten Resultate durch die gleichzeitige Verabreichung von Eisen und Arsenik erzielt. Dies ist eine sehr bekannte Thatsache, doch kann eine derartige Anwendung oft nicht durchgeführt werden, da in diesen Fällen oft Magen- und Darmbeschwerden bestehen, welche durch die Irritation, die durch Arsenik hervorgerufen wird, noch vermehrt werden. Das Bestreben geht daher darauf hin, Combinationen dieser beiden Mittel ausfindig zu machen, welche die Verdauungsorgane unberührt lassen. Eine derartige Combination ist kürzlich unter dem Namen Hemoquinine auf den Markt gebracht worden. Dieses Präparat enthält Eisen und Arsenik in organischer Verbindung, es ist schmackhaft, wird gut vertragen und leicht absorbirt und assimilirt. Fälle von Anaemia und Chlorosis, in denen Eisen allein sich nicht bewährt, werden durch die Anwendung von Hemoquinine in kurzer Zeit günstig beeinflusst. Dies ist nicht allein durch das verbesserte Aussehen des Patienten, sondern auch bei der Untersuchung des Blutes zu bemerken, welches eine rasche und bedeutende Zunahme des Procentgehalts an Haemoglobin, sowie eine Ver-

mehrung der rothen Blutkörperchen aufweist. Hemoquinine kann daher mit Recht als eine der werthvollsten Bereicherungen des Arzneischatzes in derartigen Krankheitsfällen bezeichnet werden.

— *Dionin.* J. Weigl fand Dionin ganz besonders werthvoll bei der Behandlung des Keuchhustens. Die Dauer der Erkrankung selbst wurde durch das Mittel allerdings nicht merklich abgekürzt, aber unverkennbar war die auftretende Erleichterung in allen Fällen. Durchwegs minderte sich nämlich die Anzahl der Anfälle ganz erheblich. Auch die Stärke derselben nahm ab, der Husten wurde weniger bellend und mehr lose, die langgezogene, von Krählauten begleitete Inspiration verschwand. Die kleinen Patienten litten ersichtlich weniger, um so mehr als die Ermattung nach den Anfällen schwand. Trotzdem es vielfach nöthig war, wochenlang Dionin zu geben, so konnte W. doch nie ungünstige Neben- oder Nachwirkungen beobachten. Die Form, in der er das Mittel gab, war die wässerige Lösung mit viel Syrup; als solchen fand er am besten den Syrupus rubi (event. cerasorum) und aquae oder 1:2 bis 4. Diese „rothe" Medicin erfreute sich rasch bei den kleinen Patientchen grosser Beliebtheit und wurde immer gerne eingenommen. Als Dosirung giebt W. folgende an: Für Kinder im 9. bis 12. Monat von 0,01 : 120,0 alle 3 Stunden 1 Theelöffel; im 2. Lebensjahre von 0,02—100,0; im 3. von 0,03 : 100,0; im 4. von 0,04 : 100,0 je 1 Kaffeelöffel pro dosi alle drei Stunden. Für ältere Kinder ist es zweckmässiger eine Lösung von 0,1 : 200,0 (davon 50 bis 75 Syr. rubi oder abwechselnd cerasorum) zu ordiniren. Davon hat W. bei kräftig entwickelten Kindern im 7. und 8. Jahre auf der Höhe der Krankheit alle zwei Stunden 1 Kinderlöffel, schwächlicheren und jüngeren Kindern, sowie im absinkenden Verlaufe des Keuchhustens alle 2 Stunden 1 Kaffeelöffel gegeben.

Dionin ist selbstverständlich kein Specificum gegen Keuchhusten, aber ein vortreffliches Linderungsmittel, als welches es auch sehr gut bei sonstigen Affectionen der Luftwege, die mit heftigem Husten einhergehen, gebraucht werden kann. W. fasst schliesslich seine Beobachtungen über die Dioninwirkung in dem Sinne zusammen, dass es sich bei ihm um ein wesentlich ungiftigeres Mittel handelt, als es das Morphin ist, das dabei prompt gegen Schmerz verschiedener Art und andere Reizerscheinungen wirkt. Infolge des Fehlens von Nebenwirkungen und geringerer Toxicität ist der Anwendungskreis des Dionins einer weit grösseren Ausdehnung fähig als der des Morphin. Das Dionin wird also in vieler Beziehung, besonders in der Kinderpraxis, als werthvolles Ersatzmittel des Morphins gelten dürfen und als solches eine willkommene Bereicherung unseres Arzneischatzes bilden. (Wiener klin. Rundschau, 1902 No. 48.)

Kleine Mittheilungen.

— Die *Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, Ohio,* wählte für das Jahr 1903 die folgenden Beamten: Präsident, Dr. S. Riegelhaupt; Vice-Präsident, Dr. W. Stern; Secretär, Dr. W. Loc-

wenthal; Schatzmeister, Dr. J. I. Propper; Aufnahme-Comité: Drs. Belkowsky, Conrad und Rosenberg.

Aus dem Berichte der Gesellschaft über das verflossene Jahr ist Folgendes hervorzuheben: Die Sitzungen fanden jeden ersten und dritten Dienstag des Monates statt. Die Zahl der Vorträge, Referate, Krankenberichte und Krankenvorstellungen belief sich insgesammt auf 19. Die Namen der Vortragenden, mit Angabe des Vortrages oder Referates, sind die folgenden:

Dr. I. Belkowsky: Ueber Hysterie beim männlichen Geschlechte (mit Krankenvorstellungen).

Dr. W. Conrad: Ueber Behandlung der Mastdarmfisteln.

Ueber Trepanation des Schädels (mit Vorstellung des Patienten).

Dr. M. Kahn: Bericht über einen Fall von Elephantiasis. Necrolog auf Virchow.

Dr. M. Loewenthal: Ueber Massage im Allgemeinen mit besonderer Rücksicht auf Unterleibsmassage.

Dr. M. Metzenbaum: Referat über die günstigen Erfahrungen mit Creosot bei chronischer Bronchitis.

Dr. S. Riegelhaupt: Referat über eine seltene Complication des Typhus abdominalis.

Dr. E. Rosenberg: Ueber die Behandlung der Wochenbetterkrankungen.

Referat über einen completen Fall von Kryptorchismus auf beiden Seiten bei einem drei Stunden alten Kinde.

Krankenbericht über eine ausgeführte Intubation bei einem 14 Monate alten Kinde wegen Larynx-Diphtherie complicirt mit Pneumonie.

Krankenbericht über Intussusception bei einem 7 Monate alten Knaben.

Dr. W. L. Rosenberg (als Gast): Ueber Behandlung des Stotterns und Stammelns (mit Demonstration).

Dr. W. Stern: Referat über eine Fistelbehandlung mittels Cauterisirung mit Argentum nitricum.

Differentialdiagnostische Momente in der Beurtheilung von acutem Gelenkrheumatismus.

Krankenbericht über einen operirten Fall von Genu varum mit congenitaler Zehendeformität.

Dr. Gottstein aus Breslau beehrte gelegentlich seiner Studienreise in den Vereinigten Staaten den Verein mit seiner Gegenwart und nahm in einer Sitzung lebhaften Antheil an der Discussion.

Das Comité für collegialen Geist und Geselligkeit trug sehr viel bei, um den stattgefundenen Commers zu einem schönen Feste zu gestalten, und zeigte auch in sonstiger Beziehung sehr rege und erspriessliche Thätigkeit.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, Februar 1903. No. 2.

ORIGINALARBEITEN.

Das Carcinom, seine frühzeitige Diagnose und operative Entfernung.*)

Von Dr. Leonard Weber.

Mit der Frage nach der Natur des Carcinoms und dessen Operation mit dem Messer, dem Feuer, den Aetzmitteln und den X-Strahlen sind die Forscher und Aerzte aller Culturvölker in der Gegenwart mehr als je zuvor beschäftigt. Debatten über den Gegenstand vom therapeutischen Standpunkt mehr als dem pathologischen haben wir hier in der Medical Association of the Greater City of New York in deren Sitzung, April 1902, und anderen Gesellschaften in diesem Jahre gehabt; es wird sich gewiss der Mühe lohnen, habe ich mir gedacht, die Mitglieder dieser grossen Gesellschaft zu einer Discussion anzuregen, und deshalb den Präsidenten gebeten, dieses Thema auf die heutige Tagesordnung zu setzen. Es ist kaum nöthig, zu sagen, dass ich nicht vorhabe, Ihnen ein langes Resumé der modernen Leistungen auf diesem grossen Gebiete vorzutragen, sondern mich bescheide mit einigen Bemerkungen, welche auf klinischer Beobachtung und Erfahrung beruhen, die Discussion einzuleiten.

Die Annahme einer parasitären Entstehung hat zu eifriger bacteriologischer Forschung von berufener und unberufener Seite geführt, doch ist der Krebserreger bis heute nicht gefun-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 3. November 1902.

den worden. Welche Gründe haben nun zu der Annahme einer parasitären Entstehung der Carcinome geführt? Vor Allem die Analogie der Verbreitungsweise im Körper von einem primären Heerde aus mit derjenigen der früher sogenannten Infectionsgeschwülste, besonders der Tuberculose.

F. Marchand, Leipzig, in Deutsch. Med. Woch., No. 40, 1902, p. 722, schreibt: „In der That kann man sich ja in vielen Fällen von rapider Eruption eines Carcinoms in unzähligen Herden dem Eindrucke nicht entziehen, dass hier ein Vorgang stattgefunden hat, der einem Infectionsprocess durchaus gleicht. Doch ist oft genug mit Recht darauf hingewiesen worden, dass in allen echten Infectionen die Entstehung der Metastasen auf die Verbreitung der isolirten Krankheitserreger zurückzuführen ist, die überall, wo sie hingelangen und geeigneten Boden finden, die Gewebe durch ihre specifische Wirkung zu gleichartigen Veränderungen veranlassen. Im Wesentlichen gehören alle diese infectiösen Producte in das Gebiet der entzündlichen, also reactiven Zustände. Bei den malignen Neubildungen dagegen, und gerade beim Carcinom, ist mit grösster Sicherheit nachweisbar, dass die Metastasen nur durch fortschreitende Vermehrung eingeschleppter, transplantirter Geschwulstzellen entstehen, die keine infectiöse Wirkung auf die Gewebszellen ausüben, also auch keine Umwandlung nicht-epithelialer Zellen in Carcinomzellen verursachen. Am deutlichsten zeigt sich das in solchen Theilen, deren Beschaffenheit eine scharfe Abgrenzung der Gewebselemente von den Geschwulstzellen gestattet, wie z. B. im Gehirn, in den Lymphdrüsen. Die vermeintliche Umwandlung von Gefäss- oder Lymphendothelzellen in Carcinomzellen hat sich bei genauester Untersuchung stets als Täuschung erwiesen. Es fehlt also bei der Metastasenbildung der malignen Geschwulst das characteristische Moment der Infection, dass nämlich *specifische Infectionserreger als solche* einen bestimmten, und zwar stets denselben Krankheitsprocess hervorrufen, da, wo sie hingelangen und geeignete Existenzbedingungen finden.

Nun liegt der Gedanke nahe, dass der *primäre* Tumor durch das Eindringen von Infectionserregern zu Stande käme, welche die Epithelzellen zu den malignen Wucherungen veranlassten, und dass die mit Parasiten behafteten Zellen sich nun auf metastatischem Wege immer weiter in dem Organismus verbreiteten.

Im Allgemeinen sind wir gewöhnt, die Uebertragung der Eigenschaft einer Zelle auf ihre Nachkommen als einen Vererbungs-Vorgang zu betrachten; bei der Theilung der Zelle gehen aber auch körperliche Bestandtheile des Protoplasmas von der Mutterzelle direct auf die Tochterzelle über; enthält nun eine sich theilende Zelle Microben oder Parasiten anderer Art, so können diese sehr wohl in der gleichen Weise auf die Nachkommen übertragen werden. Es würde sich dabei um eine Art Symbiose handeln und wäre diese Art der Verbreitung von parasitären Organismen mit den sich vermehrenden Zellen theoretisch also wohl denkbar. Ebenso können aber Eigenschaften anderer Art, die die Zelle bei ihrer Umwandlung in eine maligne Geschwulstzelle erworben hat, auf ihre Nachkommen übergehen, und es ist nicht wunderbar, sondern ganz natürlich, dass eine Sarcom- oder Carcinomzelle immer wieder Zellen derselben Beschaffenheit, und niemals wieder normale Gewebszellen hervorbringt. Dazu ist eben nicht die Anwesenheit von Parasiten in der Zelle erforderlich, sondern das ist die einfache Folge davon, dass die Geschwulstzelle selbst ein lebender und vermehrungsfähiger Organismus ist, der sich auf Kosten des Körpers immer weiter verbreitet. Man kann also wohl die Geschwulstzellen als solche in ihrer Thätigkeit mit Parasiten vergleichen, kann sie aber nicht als identisch mit thierischen Parasiten erklären.

Gewisse Thatsachen sprechen aber durchaus gegen die parasitäre Natur des Carcinoms, sowie der übrigen malignen Geschwülste. Dahin gehören vor allen die zahlreichen Fälle von Carcinombildung aus congenitalen im Innern des Organismus verborgenen Anlagen. Sollte man annehmen, dass hier im Laufe des späteren Lebens auf dem Blutwege parasitäre Keime eingedrungen seien, die nach jahrelanger Latenz die Epithelzellen zur malignen Wucherung angeregt hätten, dann müssten die fraglichen Keime auch in anderen Theilen des Körpers verbreitet gewesen sein, und es wäre mindestens sehr wunderbar, dass sie sich nur gerade in diesen kleinen, verirrten Zellgruppen angesiedelt haben sollten.

Denn dass die Parasiten von vorne herein in den abgetrennten Epithelien eingeschlossen seien, wird wohl Niemand behaupten wollen. Man darf doch nie aus den Augen lassen, dass ein Parasit immer ein dem Organismus Fremdes, von aussen Einge-

drungenes ist, eine *äussere Krankheits-Ursache.* Verständlich wäre die parasitäre Entstehung höchstens in solchen Fällen wo, wie z. B. an der Brustdrüse, der Haut und Schleimhäuten eine Infection von der Körperoberfläche her stattgefunden haben könnte; es wird aber ganz unzulässlich sein für eine kleine Gruppe von Carcinomen eine parasitäre Entstehung anzunehmen, während eine solche für eine grosse Anzahl anderer maligner Neubildungen, z. B. der Knochen, ganz ausgeschlossen ist.

Die Frage, ob bis heute thatsächliche Befunde, die als Carcinom-Parasiten gedeutet werden dürfen, gemacht worden sind, beantworten Hansemann, Ribbert und Marchand mit einem entschiedenen „Nein" und sagen, dass die grosse Mehrzahl der seit Jahren theils durch Züchtungsversuche, theils durch histologische Methoden erhaltenen und als Parasiten gedeuteten Gebilde so deutlich den Stempel des groben Irrthums tragen, dass einsichtige Forscher auf eine Prüfung der angeblichen Bedeutung solcher zum Theil wohlbekannten Degenerations-Producte, Vacuolen, Verunreinigungen u. s. w. von vorne herein verzichteten. Die einzige Ausnahme machen gewisse Körperchen, die von einer ganzen Anzahl geübter, sorgfältiger Untersucher, neuerdings besonders von Plimmer, Borrel und von Leyden in einer Reihe von Carcinomen, ganz besonders der Mamma, aufgefunden und von einem Theil dieser Forscher als sicher parasitär, von einem anderen ebenso sicher als *nicht* parasitär gedeutet wurden. Ein gutes Präparat, welches diese Körperchen in den Zellen in grösserer Zahl enthält, macht in der That einen frappanten Eindruck, und wenn man erfährt, dass durch Züchtung aus solchen Carcinomen vermehrungsfähige Organismen gewonnen werden konnten, die bei Einführung in den Thierkörper pathologische Veränderungen, wenn auch keine Geschwulstbildungen hervorriefen, so könnte wohl die Frage ernstlich erwogen werden, ob es sich hier etwa doch um lebende Organismen in den Geschwulstzellen handelte. Durch eingehende Nachprüfungen im pathologischen Institut in Leipzig sind Marchand und Noesske zu dem Resultate gekommen, dass es sich nicht um Organismen, sondern um Zelleinschlüsse anderer Art handele, dass diese Körperchen nichts anderes sind als Vacuolen im Protoplasma, die durch eine innere Secretion entstehen und eine wechselnde Menge gerinnungsfähiger Substanz enthalten.

Diese bildet das centrale, kernartige Gebilde, durch welches die Aehnlichkeit mit einzelligen Organismen hauptsächlich hervorgerufen wird. Also es finden sich alle Uebergänge von dieser regelmässigen kleinen Form zu sehr viel grösseren Vacuolen, in denen die festen Bestandtheile ganz unregelmässige Häufchen und kernige Massen bilden; aber es fehlen denselben alle Criterien von selbstständigen Parasiten. Da nun die als Parasiten gedeuteten Zelleinschlüsse sich nicht als solche, sondern als Producte der Zelle selbst erwiesen haben, so meint Marchand, es wäre wohl zeitgemäss, das aussichtslose Suchen nach Carcinomparasiten aufzugeben und die Erkenntniss der Ursache der Malignität auf anderem Wege anzustreben.

Die Malignität der Geschwulstzellen ist nicht ein Product äusserer Ursachen, sondern, nach der Ansicht von Ribbert, Marchand, Hansemann und anderen Forschern wesentlich bedingt durch eine den Zellen eigenthümliche Beschaffenheit oder Anlage. Aeussere Einwirkungen haben bei der Entstehung nur die Bedeutung von Gelegenheitsursachen insofern sie Gewebswucherung anregen, aus welcher Zellen mit bösartigen Eigenschaften hervorgehen können. Diese inneren Anlagen haben nicht dieselbe Bedeutung für alle malignen Geschwülste. Während die jungen embryonalen natürlich wucherungsfähigen Gewebe die Anlage zu bösartigem Wachsthum in sich tragen, ohne dass eine Disposition des Gesammt-Organismus dabei eine Rolle zu spielen scheint, weist die Entstehung der Krebse aus wuchernden Elementen des erwachsenen Organismus im allgemeinen auf eine besondere Beanlagung desselben hin. Beim Carcinom hat bekanntlich die Disposition des höheren Lebensalters eine grosse Bedeutung, wenn sie auch nicht ausnahmslos ist. Ferner ist in vielen Fällen nicht an der Erblichkeit der Fälle zu zweifeln; abgesehen von dem so häufigen Vorkommen von Carcinomerkrankungen in verschiedenen Generationen *einer* Familie, sind auch solche bei mehreren Geschwistern nur auf eine *vererbte* Anlage zurückzuführen. Hierdurch erweist sich das erbliche Carcinom als zu den sogenannten constitutionellen Erkrankungen gehörig; nur darf man darunter nicht eine allgemeine Erkrankung verstehen, sondern eine hereditäre oder erworbene Krankheits-Anlage gewisser Gewebe. Mit der Erblichkeit der Anlage ist die parasitäre Aetiologie nicht vereinbar.

Vieles, meint Marchand, weist deutlich darauf hin, dass die im alternden Organismus wieder neu auftretende, enorm gesteigerte Wucherung mit einem Entartungszustand zusammenhängt. Es handelt sich dabei nicht um eine Rückkehr auf einen embryonalen Zustand, sondern um eine Degeneration, eine Abweichung von einer normalen Beschaffenheit. Die Zellen erlangen dabei eine grössere Selbstständigkeit, sind also mit anderen Worten den normal regulirenden Erklärungen entzogen.

Dass dies nicht nur die Folge einer Ablösung einzelner Elemente aus dem normalen Verbande ist, wie Ribbert glaubt, das geht daraus hervor, dass die Vergrösserung, Entartung und Wucherung auch noch innerhalb erhaltener Drüsen-Acini (Brustdrüse, Pancreas, Prostata) zu verfolgen ist. Worauf diese wieder neu auftretende Erregung der Zellen zu gesteigerter Aufnahme und Assimilation der Nahrung und Wucherung im Alter beruht, ist freilich schwer zu sagen und bei jedem Versuch einer Beantwortung dieser Frage betreten wir den Boden der Hypothese. Hansemann hat den Versuch gemacht, die Entdeckung der Malignität auf eine Rückkehr der Zelle zu einem weniger differenzirten Zustand — eine Anaplasie — zurückzuführen, als deren histologischen Ausdruck er das Auftreten abnormer asymmetrischer Kerntheilungen als wesentlich betrachtet. Die Producte der sich ungleich theilenden Zellen sollen sich dadurch immer mehr von ihren normal differenzirten Vorfahren entfernen. Dass eine solche Ent-Differenzirung, ein partielles Aufgeben der histologischen Eigenthümlichkeit des Ursprungsgewebes mit der bösartigen Neubildung oft einhergeht, ist wohl zweifellos. Sehen wir doch oft genug bei der Entstehung eines Carcinomes in einer Drüse eine vollständige Umwandlung der Zellform eintreten.

Aber diese vollständige Umwandlung ist keineswegs überall durchgreifend vorhanden, die Geschwulstzellen nähern sich oft in Form und Anordnung noch sehr dem ursprünglichen Zustand, am allermeisten z. B. bei den Epidermis-Krebsen, auch ist der Grad der Malignität keineswegs von der grösseren oder geringeren Entdifferenzirung abhängig. Sehr kleine Carcinome des Magens und Darmes von exquisit drüsigem Bau können bereits kolossale Metastasen von dem gleichen Bau veranlassen.

Ribbert legt gegenüber der Annahme einer primär ge-

steigerten Wucherungsfähigkeit der Zellen den Hauptwerth auf die *Herauslösung von Gewebstheilen*, z. B. Epithelzellen aus ihrem organischen Zusammenhang, und zwar lässt er diese Herauslösung durch Veränderungen in den bindegewebigen Theilen in Folge von entzündlichen Zuständen etc., etc., eintreten. Erst dadurch, dass die Zellen den regulirenden Einflüssen, denen sie früher unterworfen waren, entzogen werden, sollen sie zu wuchern anfangen. Auch diese Anschauung hat viel Richtiges; es giebt viele Fälle von Geschwulstbildungen, die auf abgetrennte Organtheile zurückgeführt werden müssen, manche, bei denen eine Abtrennung durch entzündliche Wucherung des Bindegewebes, z. B. in Hautnarben als wahrscheinlich anzunehmen ist. Aber der Vorgang der Abtrennung lässt sich in den wenigsten Fällen von Geschwulstbildung wirklich beweisen, während in vielen Fällen von beginnenden Krebsen, z. B. der Haut, die fortschreitende Wucherung von verschiedenen Punkten der Epidermis und ihrer Drüsen und Haarbälgen mit Sicherheit zu beobachten ist.

Da nun äussere Ursachen höchstens anregend auf den ersten Eintritt der Krebswucherung einwirken können, so müssen nothwendigerweise in der Zelle abnorme stoffliche Abänderungen stattfinden, die mit der Veränderung der Zellstructur einhergehen. Diese Producte der Zellthätigkeit *müssen* nicht nur eine stimulirende, sondern auch eine toxische Wirkung entfalten, denn ohne eine solche können wir uns die eigenthümlich zerstörenden, selbst heftig entzündungserregenden Eigenschaften der in den Geweben sich verbreitenden Krebszellen nicht vorstellen (Pleuritis, Peritonitis carcinomatosa). Die maligne Zelle verdankt ihre deletäre Eigenschaft einer gesteigerten Giftwirkung. Diese Veränderung der Zellen kann aber nur dann eintreten, wenn diese selbst gewissen, die normale Zellthätigkeit regulirenden Einflüssen, entzogen sind. Ueber die Natur dieser Einflüsse wissen wir leider noch wenig genug; da aber bei der Function der epithelialen Organe Nervenendigungen eine grosse Rolle spielen, so wäre es möglich, dass der Ausfall jener Regulirungsvorgänge auf einer ererbten oder erworbenen Schwäche oder Schädigung jener feinsten nervösen Einrichtungen zurückzuführen ist.

Verallgemeinern darf man diese Annahme allerdings nicht,

denn viele Zellen functioniren zweifellos ohne eine solche Regulirung.

So sehen wir denn, dass Marchand, Hansemann u. A. eine echte infectiöse parasitäre Ursache der Malignität der epithelialen Neubildungen ausschliessen und Marchand die Erscheinungen der Bösartigkeit nur durch die Annahme von toxischen, durch den Lebensprocess der Zellen selbst entstandenen Substanzen erklären kann. Die Bildung und Anhäufung solcher Toxine beruht auf einer *Entartung* der Zellen, d. h. auf einer Abweichung von ihren normalen Stoffwechselvorgängen und ihrer normalen Structur in Folge des Wegfalls normaler Regulirung der Zellthätigkeit. Durch die Annahme toxischer Eigenschaften erscheint auch das, was man als *verminderte Widerstandfähigkeit* des Gewebes bezeichnet, in etwas anderer, weniger grob mechanischer Bedeutung. Es würde dadurch die Widerstandsfähigkeit des normalen Organismus gegen die Verbreitung wuchernder Elemente zum grossen Theil darin bestehen, dass sie keinen für ihre Entwickelung geeigneten Boden finden oder dass mit anderen Worten ihre schädlichen Eigenschaften durch gesunde Stoffwechselvorgänge (gesunde Säfte) neutralisirt werden.

Es ist nun jedenfalls sehr bemerkenswerth, dass gerade die tüchtigsten unter den Pathologen sich geradezu ablehnend der bacteriologischen Krebsforschung gegenüber verhalten, und doch steht die Welt heute im Zeichen derselben und glauben recht viele Aerzte an die parasitäre Natur der malignen Geschwülste. Ob die bösartige Entartung und Wucherung durch einen in die Zelle eingedrungenen Parasiten angeregt oder durch individuell bedingten pathologischen Chemismus der Zelle erzeugt wird, um die Disposition des Individuums, ob erworben oder ererbt, kommen wir nicht herum. Für den Chirurgen mag die Sache zunächst wenig Bedeutung haben, er wird nach wie vor das Gewächs sobald als möglich und so radical als geboten entfernen. Für den Mediciner würde mit dem Nachweis des Krebserregers die Hoffnung auf die baldige Entdeckung eines kräftigen Heilserums erwachen, eines Antitoxins, welches den Parasiten und sein Toxin zu vernichten im Stande wäre.

II. *Zur Diagnose und Prognose.*

Werden heute noch Unterlassungssünden begangen in Bezug auf die möglichst frühzeitige Diagnose einer malignen Neubildung? Ganz gewiss, die Patienten begehen sie in ihrer Unwissenheit, in der Furcht man könnte was schlimmes zu hören bekommen bei der Untersuchung, auch getäuscht von der falschen Hoffnung, der kleine Knoten, die Verhärtung in der Brust oder sonst wo wird sich wohl wieder verziehen. Dass dieser traurige Standpunkt auch jetzt noch nicht überwunden ist, dafür kann ich zahlreiche Belege aus meiner persönlichen Erfahrung bringen. Der Arzt begeht sie, wenn er in zweifelhaften Fällen nicht alsbald ein Stück der Geschwulst, wenn irgend möglich, excidirt und dasselbe dem Pathologen zur Untersuchung einschickt, oder wenn er, wie es gelegentlich geschieht, ein Epitheliom im Gesichte oder an sonst zugängigen Theilen selbst operirend nicht breit und tief genug verätzt oder mit dem Messer nicht weit genug vom krankhaften in gesunde Theile schneidet. Die Prognose des Carcinoms ist rundwegs schlecht, das gilt heute noch wie früher; auch nach radicaler Operation ist eine bleibende Heilung beinahe so selten, wie eine Spontanheilung; 60 Procent der Fälle werden alsbald recidiv, und von den anderen 40 Procent die meisten im Laufe von 3—5 Jahren. Das ist meine Erfahrung bis heute gewesen, und ähnliches, ja noch schlimmeres, habe ich von anderen Berichterstattern, welche grosses Material zur Verfügung hatten, hier sowohl als drüben, vernommen. Da aber die Prognose für Ausbleiben des Recidivs und längere Erhaltung des Lebens der frühen und radicalen Operation direct proportional ist, so müssen wir Aerzte Sorge tragen, den vom Krebs Befallenen durch rechtzeitige Erkenntniss des Uebels und klare Auseinandersetzung der einzig verlässlichen Mittel zur Befreiung von ihrem Leiden die besten Chancen der raschen wenn auch nur zeitweisen Wiederherstellung zu geben.

Den letzten Satz ohne weiteres zugestanden, kommen wir doch wieder in Verlegenheit mit der Prognose, ob, nachdem alles richtig und ehrlich gemacht worden ist, der Pat. ein frühes oder spätes Recidiv erfahren wird. Nehmen wir als Beispiel die letzten 4 Fälle von Mammakrebs aus meiner Clientel, alle 4 von

Herrn Dr. Torek in gründlich sorgfältiger Weise operirt. Alle 4 hatten die Skirrhus-Form des Krebses.

III. *Operative Entfernung.*

1. Frau Cl., 52 J., Wittwe, kleine, fette aber thätige und immer gesunde Frau, Mutter mehrerer gesunder Kinder; ihr Mann starb vor ca. 8 Jahren an primärem Leberkrebs. Bei einem Gelegenheitsbesuche im November 1899 sagte mir die Frau, sie fühle seit einiger Zeit leichte Stiche in der r. Mamma. Ziemlich grosses Gewächs in der r. Mamma, Drüsen in der Axilla, auch unter dem Schlüsselbein. Pat. sah vortrefflich aus. Baldige Operation. Mamma, Drüsen und beide Pectorales entfernt; gute Heilung. Jedoch schon im Juni 1900 Metastasen in der r. Pleurahöhle mit Exitus im August.

2. Miss Thiel. . . ., alt 54, ledig, aus gesunder Familie, schlecht ernährte, magere Person, Skirrhus mammae seit 1 Jahre, Achseldrüsen inficirt, Prognose schien schlecht. Operation im Herbst 1898, bis heute kein Recidiv.

3. Miss Braut. . . ., alt 45, ledig, keine Belastung, wegen Skirrhus mammae erst 6 Monate nach gestellter Diagnose operirt im Herbst 1899, Recidiv im Sommer 1900 in Narbe und Umgebung, palliative Behandlung. 1901—1902 Ausbreitung der Neubildung in das Manubrium sterni, auch ein Knoten in der Achselhöhle. Qualen und Schmerzen werden bedeutend gemindert, die neuen Geschwulstknoten verkleinert und oberflächliche Ulcerationen geheilt durch längere Zeit fortgesetzte Actinotherapie, ausgeführt von Dr. C. Beck. P. befindet sich auch jetzt noch relativ wohl.

4. Frau Me. . . ., alt 60, Wittwe, nullipara, ziemlich beleibte, rührige Frau, keine Belastung, r. Skirrhus mammae mit inficirten Achseldrüsen, welche wohl mehr als 6 Monate bestanden hatten als sich Pat. vorstellte. Von Dr. Torek in radicaler Weise im Frühjahr 1900 im Skin und Cancer Hospital operirt. Die Operation nahm längere Zeit in Anspruch, doch ging alles gut in den ersten Tagen, in der zweiten Woche jedoch ergoss sich eine ziemliche Masse oeliger Flüssigkeit (Fettnecrose) aus der Wunde, Pat. fing an heftig zu fiebern und in der 4. Woche stellte sich postoperative Manie ein. Pat. kam jedoch darüber hinweg im Laufe von ca. 3 Monaten, wurde geistig und körperlich wieder gesund und ist bis heute so geblieben.

Wir sehen also hier Fall 1 mit scheinbar günstiger Prognose rasch recidiviren und rapid letal verlaufen; Fall 2 mit anscheinend schlechter Prognose glatt heilen und gesund bleiben; Fall 3 trotz ausgebreiteten Recidivs unter Actinotherapie bedeutend gebessert und erhalten bleiben und Fall 4 trotz ungünstiger Wundheilung und heftiger, febriler, lange dauernder Nachkrankheit heute — 2 Jahre und 3 Monate nach der Operation — sich wohl befinden. Was lässt sich aus diesen und hundert anderen ähnlichen Fällen für die Prognose practisch verwerthbares herauslösen? Nichts festes, doch vielleicht die Nutzanwendung, mit der Prognosis infausta in Bezug auf das zu erwartende Recidiv nicht zu eilig zu sein.

Mit den 10—12 Fällen von Magenkrebs, die von Anfang bis Ende des entsetzlichen Leidens in meiner Beobachtung gewesen sind, habe ich quod prolongationem vitae ausschliesslich traurige Erfahrungen gehabt. Mit und ohne Gastro-Enterostomie hat keiner derselben 18 Monate überlebt, d. h. von der Zeit der Sicherstellung der Diagnose an gerechnet. Glücklicher bin ich gewesen mit circumscripten Krebsen des absteigenden Colon, wenn es mir gelungen war, die Diagnose recht frühzeitig zu machen. Zwei derselben bei älteren Männern, von Dr. L a n g e resecirt, lebten noch 2—3 Jahre, bevor sie an Metastasen, ohne schwere körperliche Qualen, zu Grunde gingen.

In der mehr oder minder grossen Zahl von Epithelkrebsen der Haut, des Gesichts und Schleimhaut der Lippen und Wange, welche man im Laufe einer langen Praxis unter die Hände bekommt, kann ich mich nicht erinnern, auch nur ein einziges Mal Dauerresultate von der Anwendung breiter und tiefer Aetzungen oder Ausbrennungen gesehen zu haben. Wenn immer ich selbst derartige Versuche gemacht — und dies ist nur selten geschehen — hatte ich es zu bereuen, es musste doch zur Operation mit dem Messer geschritten werden mit weit umgreifenden Schnitten, die vor dem Aetzen nicht nöthig gewesen wären. Im letzten Falle der Art, einer Frau von 54 Jahren, welche seit 40 Jahren an Lupus erythomatodes der r. Gesichtshälfte gelitten hat, ohne sich zu einer radicalen Exstirpation entschliessen zu können, wuchs beinahe plötzlich im Centrum des glatten Narbengewebes ein pflaumgrosses Epitheliom. Das dringend verlangte Auskratzen und Verätzen mit Chlorzink erwies sich als ganz nutzlos.

Dr. Lange excidirte Lupus und Epitheliom Nov. 1901, transplantirte nach Thiersch alles mit gutem Erfolge, im Frühjahr nächsten Jahres nahm Dr. Maas einige verdächtige Submaxillardrüsen weg, die sich glücklicher Weise als nicht krebsig erwiesen. Patientin, welche ich vorgestern gesehen, befindet sich durchaus wohl.

In der Sitzung der Medical Association of Greater New York vom April, N. Y. Med. Rec. 24. Mai 1902, gab es einen interessanten Vortrag von Dr. Wm. Morton über die Art und Weise der Anwendung der X-Strahlen zur Entfernung und Heilung resp. von malignen Neubildungen, sowie zur Verminderung der grossen Beschwerden, welche nicht selten von deren Recidiven und Metastasen verursacht werden. Damals sind auch 2 Fälle von Sarcomrecidiven vorgestellt worden, welche durch Actinotherapie geheilt worden sein sollen. In einem Falle von Sarcomrecidiv eines Pat., Br...., ursprünglich von Herrn Dr. W. Meyer operirt, von Herrn Dr. Meltzer, Dr. Saunders und von mir selbst später beobachtet, hat die Röntgenbestrahlung in keiner Beziehung etwas geleistet, in dem schon erwähnten Falle des Frl. B. dagegen sind die vorher vorhandenen Schmerzen wesentlich erleichtert und das Allgemeinbefinden gebessert worden.

Hören wir noch das ganz kurz gefasste Resumé über Actinotherapie, welches sich aus den Verhandlungen der British Medical Ass. in deren 70ten Jahresversammlung in Manchester im Juli dieses Jahres ergeben hat: Die Lichtbehandlung gab zunächst den Dermatologen eine Menge Stoff zur Discussion. Noch haben sich die Meinungen nicht ganz geklärt, sagt Dr. Zum Busch (London), aber es ist angenehm gewesen, zu bemerken, dass der übertriebene Enthusiasmus, der den neuen Methoden in den letzten Jahren entgegengebracht wurde, sich doch erheblich abgekühlt und einer ruhigeren Betrachtungsweise Platz gemacht hat.

Im Allgemeinen weist man chirurgischen Maassnahmen, namentlich in der Behandlung des Ulcus rodens, wieder die erste Stelle zu und excidirt diese Neubildungen, wenn irgend möglich, während man die Röntgenstrahlen für die inoperablen Fälle aufspart. Auch von Recidiven der Hautepitheliome nach erfolgreicher Röntgenbehandlung, die aber angeblich neuer Behand-

lung weichen, hört man vielmehr als früher. Gegen Lupus werden die X-Strahlen, wie die Finsen-Lampe empfohlen, vielfach auch eine Combination beider Methoden. Bei Lupus erythematodes wird die Actino-Therapie von einigen Rednern sehr gelobt, von anderen als völlig nutzlos erklärt.

Ich hege keinen Zweifel, wenn ich zum Schlusse die Ueberzeugung ausspreche, dass in Bezug auf die operative Entfernung des Carcinoms meine Gedanken sich mit den Ihrigen decken: Operation mit dem Messer, möglichst frühzeitig und ausgiebig; dies gilt für mich heute genau so wie früher. Ziemlich rasches Operiren und sorgfältiges Vermeiden jeden unnöthigen Umherbohrens und Drückens, wodurch Krebszellen in das gesunde Gewebe verstreut werden können, verbessert die Aussichten auf glatte Heilung und Ausbleiben von Recidiven in loco. Jeder Krebsoperirte bedarf aber auch der Nachbehandlung von Seiten des Arztes, sobald der Chirurge denselben entlassen kann. Es lässt sich da in manchen Fällen vieles thun zur Aufbesserung der Ernährung, zur Kräftigung des constitutionellen Widerstandes gegen die Krebstoxine und zur möglichen Beschaffung eines Nährbodens, in welchem die fernere Wucherung entarteter Zellen — oder meinetwegen supponirter Krbesparasiten — nicht weiter gedeihen mag, gar Vieles thun mit Diät, Hydrotherapie, Arsenik und den unterphosphorsauren Salzen von Eisen, Natron und Calcium.

Im Lichte der schönen Erfolge, welche die physicalisch-diätetischen Heilmethoden heute in der Prophylaxe und Therapie der Lungentuberculose aufzuweisen haben, dürfen wir Mediciner uns alle Mühe geben, die prophylactische und constitutionelle Behandlung der Krebskrankheit in gleichem Sinne anzustreben, mit gleichem Eifer zu betreiben.

25 West 46. Str.

Aerztliche Ethik.

Von Dr. E. A. Fischkin in Chicago.

Ethik ist die Lehre vom idealen Leben, entstanden aus der Erkenntniss der realen Noth. Wo das Leben mit innerer Noth, mit seelischer Unzufriedenheit kämpft, da bahnt es den Weg

für die Ethik. Ethik ist ein Kind der Noth und des durch sie wachgerufenen Verlangens, das nach einem Auswege sucht. Wo in einem Volke oder in einer Zeitepoche die Noth am tiefsten war, da schwang sich die Ethik zu den höchsten Höhen, getragen von der Sehnsucht nach Erlösung.

Ethik ist die Sehnsucht nach dem Ideal, das seelische Verlangen nach Befreiung, das Streben nach dem Besseren. Doch das Bessere ist der Feind des Gegenwärtigen, wenn auch nicht immer der Feind des Guten. Die Sehnsucht nach dem Idealen setzt Unzufriedenheit mit dem Realen voraus.

Auch die ärztliche Ethik ist ein Kind der Noth und der Erkenntniss, ein Product der Kritik, der prüfenden Betrachtung, die zur Besserung mahnt. Critisiren, Prüfen, Beurtheilen ist aber ein Auflehnen gegen die herrschende Gegenwart, eine Beleidigung der Majestät des Bestehenden, und wehe dem Sünder, der gegen Majestäten sich vergeht. Es ist deshalb „practischer" und mit den Sitten der Zeit verträglicher die Folgen einer strafbaren Handlung auf die Schultern eines Anderen zu wälzen, besonders wenn dieser Andere einen Namen trägt, hinter dem man sichere Deckung zu finden vermag.

Es ist vor kurzem ein Buch erschienen, betitelt: „Aerztliche Ethik", das den bekannten Berliner Neurologen Albert Moll zum Verfasser hat. Um zu zeigen wie widersprechend und wie verworren die ethischen Begriffe unter den Aerzten sind, leitet er sein Buch mit den folgenden Gegensätzen ein:

Wenn ein Arzt glaubt ein Mittel empfehlen zu können, dessen Zusammensetzung und Herstellung er zwar nicht genau kennt, von dem er aber Erfolge gesehen hat, so ist es nicht statthaft, weil es ein Geheimmittel sei. Wenn aber eine grosse Autorität ein Mittel gegen Tuberculose empfiehlt und ausdrücklich erklärt, dass er über Herkunft und Bereitung des Mittels noch keine Angaben machen könne oder wolle, dann findet ein allgemeines Wettrennen statt um dieses Geheimmittel zu erhalten, dessen Gefahren noch nicht feststehen, dessen Nutzen nicht im Mindesten erwiesen ist, ja später von den Meisten überhaupt in Abrede gestellt wird.

Wenn ein Arzt regelmässig die Annonce bezahlt, in der er mittheilt, dass er um die und die Zeit Sprechstunde abhalte, da und da wohne, die und die Krankheiten behandele, so ist das

unethische Reclame. Wenn aber (wir gestatten uns diese kleine americanische Interposition) ein Chirurg einen spaltenlangen Bericht in der Zeitung hat über eine grosse Operation, die er im Hospital ausgeführt, wobei die Zeitung diesen Artikel womöglich noch mit seinem Bilde schmückt, so geschieht das nicht der Reclame halber, sondern nur im Interesse der Volksaufklärung.

Wenn Homeopathen versichern, dass sie mit ihren Verdünnungen Heilerfolge erreichen, so ist es Schwindel. Wenn aber eine Mineralquelle auf 1 Liter 0,0009 Arseniksäure enthält und esslöffelweise genommen wird, so kommt der Arsenwirkung hier grosse Bedeutung zu. Das ist kein Schwindel.

Wenn durch einen leichtfertig experimentirenden Magnetiseur in Ungarn bei einem Mädchen Erregungszustände erzeugt werden und dieses dabei durch Gehirnanämie stirbt, so beweist das die ungeheuere Gefährlichkeit der Hypnose. Wenn aber bei harmlosen Operationen, z. B. einer solchen von adenoiden Vegetationen ein Patient stirbt, so ist das ein unglücklicher Zufall.

Wenn Jemand eine neue Therapie empfiehlt, mit der er einen organisch und unheilbar Kranken vorübergehend bessert, so hat dies keine Bedeutung, weil das ja keine Heilung, sondern nur eine vorübergehende Besserung sei. Wenn aber die Schulmedicin durch ein ganzes Heer von Heilmitteln eine vorübergehende Besserung bei solchen Kranken erreicht, wobei auch an die psychische Wirkung zu denken ist, so ist dies ja gerade die schönste Aufgabe des Arztes.

Wenn in einem deutschen Bundesstaate eine Medicinal-Verordnung erlassen wird, wonach Curpfuschern die öffentliche Ankündigung von Methoden verboten ist, falls diese geeignet sind, Gesundheitsschädigungen hervorzubringen, so geschieht dieses zum Schutze des Publicums. Wenn in demselben Bundesstaat ein Arzt in einem Krankenhaus einen Sterbenden experimenti causa mit Trippergift inficirt, so wird das Interesse des Publicums anscheinend nicht bedroht.

Gerade der Umstand, dass gegen die zuletzt angedeutete Verirrung die Menschen wie Versuchskaninchen zu behandeln, von ärztlicher Seite so wenig Protest erhoben wird, während man bei irgend einer Verletzung der Standespflichten eine Beleidigung oder Schädigung der Aerzteschaft sieht, beweist wie nöthig es ist, die wahren ethischen Pflichten des Arztes zu untersuchen.

Nun geht Albert Moll, wie es einem deutschen Gelehrten geziemt, gewissenhaft zu Werke und schreibt ein Buch von 650 ziemlich eng bedruckten Octav-Seiten in dem er „Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit" untersucht. Ich kann ihm natürlich nicht in alle Situationen der ärztlichen Thätigkeit, in alle Schlupfwinkel der ärztlichen Moral nachgehen. Es sei mir desshalb gestattet, nur einige Momente aus den Hauptepochen des ärztlichen Lebens zur Besprechung herauszugreifen; Momente, wie sie mir persönlich in meiner Erfahrung oder in meiner Beobachtung zur Beurtheilung sich darboten. Ich theile diese Momente in drei durch natürliche Verhältnisse von einander begrenzte Epochen des ärztlichen Lebens ein.

I. den Eintritt in die Praxis;
II. die Praxis selber;
III. den Austritt aus der Praxis.

I. *Eintritt in die Praxis.*

„Der Arzt, für den die Ausübung seines Berufes aus materiellen und anderen Gründen ebenso wünschenswerth ist, wie für die Angehörigen anderer Berufsarten, hat natürlich das Bestreben, den Weg zur Praxis zu finden." Tausend Wege führen bekanntlich nach Rom. Für den Arzt münden sie alle in ein gemeinschaftliches Ziel, Klienten zu erwerben. Die erste Vorbedingung hierzu ist, dass sie überhaupt von seiner Existenz Kenntniss haben. Das Bekanntwerden ist daher eine Conditio sine qua non der Praxis. Der beginnende Arzt muss desshalb auf die eine oder die andere Art suchen sich bekannt zu machen. Prüfen wir diese Arten auf ihren ethischen Werth.

Schon das Schild, das, besonders der junge Arzt, an Thür und Fenster anbringt, erregt zuweilen Anstoss. Wenn man die Ethik nicht mit der Aesthetik hier verwechseln will, so kann man gegen diese Art der Anzeige eigentlich nichts einwenden. Die grosse Autorität, die gar kein Schild an ihrem Hause anbringt, lässt sich vom selben Motive leiten, wie der junge Arzt, der seine Fenster mit fusslangen Buchstaben verunstaltet: beide wollen sie auffallen.

Anders verhält es sich mit der eigentlichen Anzeige, mit der Zeitungsannonce. Ich meine nicht die Zeitungsreclame, die spaltenlangen, Wunder verkündenden Anzeigen, wie sie etwa vom

Wiener Specialisten in den hiesigen Tageszeitungen betrieben werden. Diese Reclame-Anzeigen sind nicht nur unethisch, sondern betrügerisch und sollten mit Zuchthaus bestraft werden. Ich meine die einfache Zeitungs-Annonce, die Anzeige der sogenannten Geschäftskarte die nur Namen, Sprechstunde und Adresse, vielleicht auch Specialität angiebt. Ist eine solche Anzeige ethisch erlaubt?

Es ist viel darüber pro und contra gesprochen und geschrieben worden. Unser Verein verbietet sie, andere verlangen deren Erlaubniss. So hat vor Kurzem der hiesige Physicians Club die Frage discutirt, und die Leute, die für die Zeitungsannonce die Lanze brachen, vertheidigten sie mit dem Argumente, that business is business, dass, was allen Professionen moralisch erlaubt sei, auch der ärztlichen ethisch gebilligt werden muss. Ich glaube wir haben Recht, die Annonce zu verbieten, und zwar aus ethischem Grunde.

Man kann nicht den Arzt mit dem Kaufmann vergleichen. Die Medicin ist kein Geschäft, weil sie kein tauschbares Object zum Kauf darbietet. Der Kaufmann, der seine Waare, der Krämer, der seine Heringe in der Zeitung anpreist, hat die Absicht, die Käufer nur in seinen Laden zu locken. Sobald dieselben aber die Schwelle des Ladens übertreten haben, hört der Einfluss der Annonce auf und die Waare selber unterliegt nunmehr dem Urtheil ihres prüfenden Blickes. Anders beim Arzt. Er hat nichts dem Käufer vorzulegen, kein sichtbares Object, welches der Käufer prüfen könnte. Was er dem Patienten bietet ist etwas für den gegebenen Moment Imaginäres, das später erst in der Zukunft sich realisiren soll. Nicht er dem Patienten, sondern der Patient giebt dem Arzt sein Geld auf Credit, freilich im guten Glauben, wenn der Ruf des Arztes oder die Empfehlungen anderer Patienten ihm Vertrauen zu demselben einflössen. Die Annonce aber, die, wenn sie nicht schwindelhaft abgefasst ist, dieses Vertrauen nicht erwecken kann, bietet nichts Reales und ist desshalb unethisch.

Ein anderer Weg, seinen Namen durch die Zeitung vor das Publicum zu bringen, ist die Veröffentlichung populär-medicinischer Aufsätze. Auch hierzu sind manche Für- und Gegen-Argumente angeführt worden. Es wurde behauptet, dass die populäre Medicin eine Ueberschätzung der ärztlichen Kunst im

Publicum herbeiführe, übertriebene Hoffnungen wachrufe, durch deren schliessliche Enttäuschung das Ansehen der Medicin in hohem Grade leide. Andererseits wird die populäre Medicin beschuldigt, falsche Vorstellungen im Publicum hervorzurufen, da es doch nicht im Stande ist, pathologische Vorgänge richtig zu begreifen, wodurch die Menschen verleitet werden sich viele Krankheiten einzubilden und ihre Lebensfreuden untergraben; oder auch, wenn sie über die Therapie lesen, sich einbilden, die Krankheiten auch selber heilen zu können, wodurch nicht nur die Kranken geschädigt, sondern auch die Aerzte benachtheiligt werden, da ihnen Patienten entzogen werden. Dennoch kann man im Grossen und Ganzen gegen populär-medicinische Zeitungs-Artikel ethisch nichts vorbringen, vorausgesetzt, dass sie gut geschrieben sind, die Wissenschaft nicht entstellen, das Publicum nicht täuschen und nicht den Stempel der Reclame an der Stirne tragen. Wenn ein solcher Artikel dem Publicum auffällt und der Name des Schreibers dadurch populär wird, so ist es nur sein verdienter Lohn. Wenn aber — wie es in manchen hiesigen Zeitungen geschieht — die Artikel nur schlecht abgeschriebene Capitel aus alten Lehrbüchern sind, von einer Popularisation keine Spur und von einer selbstständigen Arbeit des Verfassers keine Rede ist, dem es nur darauf ankommt, die Symptomatik zum Schreckensbilde und die Therapie zu Wasser zu machen — so sind sie unbedingt unethisch.

Wieder ein anderer Weg zum Publicum ist in Volksversammlungen und Vereinen populär-medicinische Vorträge zu halten. Dieser zweifellos ethische Weg könnte manchen dazu fähigen Arzt der Praxis näher bringen, wenn nicht die Verhältnisse des amerikanischen Lebens als unüberwindliches Hinderniss dazwischen lägen. Das liebe Publicum will unterhalten und nicht belehrt werden. Die Productionen eines Feuerfressers und die Couplet's eines Juden-Quartetts sind ihm lieber als wissenschaftliche Vorträge, und wer diese Bahn zu betreten probirt muss bald enttäuscht und angeekelt den Rückweg einschlagen. Hier wie überall im directen Verkehr mit dem Volke hat meist nur Derjenige Erfolg, der es unehrlich mit ihm meint und es zu betrügen versteht. Die Charlatans und die Quacksalber benutzen diesen Weg und die Glocken der Reclame; die Narrenschellen der Gerupften und die klingenden Münzn in den Taschen

dieser Wundermänner verkünden laut ihren jubelnden Erfolg. Ein letztes und zwar verzweifeltes Mittel durch die Kunst Gutenberg's sich Praxis zu erwerben, ist, die medicinische Fachpresse zu benutzen und gedruckte Abhandlungen als Maculatur sive Separatabdrücke in die Aerztewelt auszusenden. Dass dieses Mittel noch immer angewandt wird und dass praxisdurstige Aerzte ihre sauer erworbenen Groschen für Postmarken verschwenden, zeigt jedenfalls wie selbstlos ihr Sinn und wie ethisch ihr Beginnen.

Endlich sei noch ein zwar nicht literarischer aber ebenso armseliger Weg zur Praxis erwähnt, nämlich die fixe Anstellung in Arbeiter-Vereinen und Logen. Wie armselig diese Stellen, wie herabwürdigend sie für Arzt und Aerztestand sind, kann man sich vorstellen, wenn man bedenkt, dass für bedingungslose Behandlung in Office und am Krankenbette nur $1 pro Jahr und Kopf gezahlt wird. Und dennoch existirt ein förmlicher Wettkampf um diese Stellen unter den um sie sich bewerbenden Aerzten.

II. *Die Praxis.*

In der Praxis, d. h. im täglichen Verkehr mit Menschen, Gesunden wie Kranken, geräth der Arzt in Situationen und Conflicte, die ihm auf Schritt und Tritt ethische Probleme vorhalten und sein Pflichtgefühl auf die Probe setzen. Mehr als die Angehörigen aller anderen Professionen ist der Arzt von Pflichten umgeben, aus denen seine ethische Seele gar oft nach einem Auswege ringt. Ich will der Uebersicht halber diese Pflichten in 3 Categorien eintheilen und zwar: a) Pflichten gegen sich selber und seine Angehörigen; b) Pflichten gegen den Nächsten — und des Arztes Nächster ist, oder sollte sein, der Arzt — also collegiale oder Standespflichten und c) Pflichten gegen den Patienten, die nach unserer democratisch-altruistischen Moral natürlich die wichtigsten sind.

A. *Pflichten gegen sich und Angehörige.* Wenn man die im Publicum herrschende Ansicht über die Pflichten der Aerzte als die richtige anerkennen soll, so haben wir Aerzte lauter Pflichten und gar keine Rechte, d. h. nur Pflichten gegen Andere und gar keine gegen uns selbst. Dem Armen helfen, dem Bettler ordiniren, die Krüppel aufrichten — das ist unsere Pflicht. Den

Kranken heilen, den Verunglückten retten, die Kreissende entbinden — das ist unser Beruf. Den Verpesteten umarmen, den Geschwürigen betasten, den Verwesenden auscultiren — das ist unsere Art. Den Gefahren sich aussetzen, die Gesundheit opfern, das Leben riskiren — das ist unsere Schuldigkeit. Mit den Elementen zu kämpfen, den Stürmen zu trotzen, dem Rufe zu folgen — dazu sind wir da.

Ja, sind wir dazu da? Sind nur wir unter allen Mitgliedern der Gesellschaft allein verpflichtet, den Schicksals-Geschlagenen bedingungslos zu Hilfe zu eilen, während die Anderen unbekümmert und unbelästigt ihren Geschäften und ihren Vergnügungen nachgehen können? Hat nicht der Arzt ebenso wie jeder andere Mensch ein Recht auf Leben, Gesundheit und Genuss, auf Schlaf und Ruhe und Erholung? Sind wir vor das Tribunal unseres *eigenen* Gewissens gestellt, wirklich verpflichtet, für jeden Verunglückten unentgeltlich zu sorgen und dadurch in unserem Gewerbe beeinträchtigt zu werden, jede syphilitische Frau zu entbinden und dadurch uns selber der Ansteckung auszusetzen, jede Diphtherie zu behandeln und den Keim des Todes zu unseren eigenen Kindern zu verschleppen?

Und dennoch, wer von uns hätte je den moralischen Muth, in solchen Fällen Hilfe zu verweigern? Durch Tradition und Erziehung, durch Sitte und Gewohnheit sind wir so ganz mit dem Begriffe der bedingungslosen Selbsthingabe verwachsen, ist uns die Idee der absoluten Pflichttreue so sehr ins Fleisch und Blut übergegangen, wird unser Fühlen und unser Handeln so sehr von den sublimen Idealen unseres Berufes durchdrungen, dass wir uns nicht einmal der ungeheueren Last bewusst sind, welche uns die Gesellschaft im Gegensatz zu allen ihren anderen Mitgliedern auferlegt. Wie der Soldat folgen wir dem Rufe mit einem zum Instincte gewordenen Gehorsam, und mit nicht weniger Stolz als der Soldat tragen wir unsere Fahne, auf der nur das Wort „Humanität" geschrieben ist.

Aber was unser Brauch, soll nicht von der Gesellschaft missbraucht werden. Es ist, glaube ich, die Pflicht der Aerzte und Aerztekörperschaften darauf zu drängen, dass der Staat und die Gesellschaft ihrer eigenen Pflichten gegen die Aerzte sich bewusst werden. Wenn der Staat es für nöthig findet, an die Aerzte, die den verstorbenen Präsidenten operirten, $25,000 aus

dem Staatssäckel zu zahlen, so soll er auch verpflichtet sein, für das Honorar zu haften in jedem Falle, wo ein verunglückter Bürger von einem Arzt behandelt wird. Wenn die Gesellschaft ihre Sicherheits-Functionäre, wie Polizei, Feuerwehr etc. beamtet und besoldet, so soll sie auch die Aerzte bezahlen, die in Hospitälern und Polikliniken für die Gesundheit ihrer Mitmenschen sorgen. Damit aber die Gesellschaft ihrer Pflichten gegen die Aerzte gewahr wird, ist es zuvorderst nöthig, dass die Aerzte selber ihre Rechte wahren und ihre Pflichte gegen sich selbst respectiren.

Die erste vom Selbsterhaltungstrieb uns auferlegte Pflicht ist die des Selbstschutzes, des Schutzes vor dem Patienten, oder richtiger gesagt, vor seiner Krankheit. Keine andere *freie* Profession zählt so viele Opfer des Berufes, wie die ärztliche, in keiner anderen ist die Sterblichkeitsziffer so hoch wie in der unserigen, und dies desshalb, weil in keiner anderen Profession die Menschen sich so wenig in Acht nehmen vor der Gefahr, wie die Aerzte. Es ist dies vielleicht die Folge unserer humanitär idealen Bildung und Ausbildung, die uns nur lehrt, Gefahren zu bekämpfen und nicht auch unsere Instincte ausbildet, sich vor Gefahren zu schützen.

Die zweite von Natur und Vernunft uns auferlegte Pflicht ist die Sorge für unsere Familie. Mehr als die Angehörigen anderer Professionen kommt der Arzt mit dieser Pflicht in Conflict und mehr als alle Anderen vernachlässigt die grosse Mehrzahl der Aerzte diese Pflicht, — die Pflicht, Vermögen zu erwerben um sich selbst und seinen Angehörigen eine sorgenlose Existenz zu verschaffen, die Pflicht, für seine Leistung einen Lohn, und einen guten Lohn zu fordern,, damit er den Ansprüchen genügen könne, die seine Frau und seine Kinder an ihn stellen und eher als alle Fremden an ihn zu stellen berechtigt sind. In keiner anderen Profession ist die Misere so gross — und doch wird in keiner Profession so viel an Zeit und Mühe, an Kunst und Wissen, an Arbeit und Leistung verschwendet und vergeudet, ohne Lohn und ohne Dank, wie in der ärztlichen! Auch daran mag unsere humanitär-ideale Bildung und Ausbildung die Schuld tragen. Wer von uns erinnert sich nicht der Verwirrung und der Beschämung, die uns überkam, als wir zum ersten Mal für unsere Leistung einen Preis ansetzen mussten?

Wer von uns hatte nicht das brennende Gefühl der Erniederung in seinen Fingern empfunden, als ihm das bei Weitem geringwertige Honorar zum ersten Mal in die Hand gedrückt wurde? Und wie viele mögen noch jetzt nach Jahren von Praxis an diesen Parästhesien leiden?

O, selige Zeit der jungen Praxis, wo mit den Sorgen und Anforderungen des Lebens noch unbekannt, der Jünger Aesculaps mit Eifer und Enthusiasmus sich in die schwerste ärztliche Arbeit stürzt mit keinem anderen Verlangen, als dem nach innerer Herzensbefriedigung. O, schöne Zeit des ersten Niederlassens, wo der junge Arzt als Heil- und Segensspender von Gottes Gnaden zu den Stätten des Leidens eilt ohne Anspruch auf Bezahlung und ohne anderen Wunsch als wie zu helfen!

Aber die Zeit, die alle Gebrechen heilt, curirt nicht immer den Arzt von seiner Idealitäts-Neurose. Gar zu spät kommt er zu der Erkenntniss, dass auf dem Jahrmarkte des Lebens seine so schön gepflegten selbstlosen Ideale keinen Baarwerth haben, dass in der Waagschale der Praxis nur Geld das Gegengewicht ist von Sorge, Noth und Hunger, dass auch in der Scala der collegialen Achtung das Einkommen eine höhere Stufe einnimmt als Selbstentäusserung und Idealismus; und wenn endlich bittere Erfahrung und Enttäuschung ihre heilende Wirkung ausgeübt haben, wenn die Ideale verwittert, die Seele abgehärtet und die Finger schwielig geworden sind, dann sind schon leider auch die Haare grau geworden und dann ist es schon spät für ein neues Beginnen.

B. *Collegiale- oder Standes-Pflichten.* Es klingt fast wie ein Hohn hier im Westen, besonders hier in Chicago, in den Schichten, in denen wir durch sprachliche und andere Verhältnisse gezwungen sind, unsere Praxis anzufangen, von ärztlichen Standesinteressen und Standespflichten zu sprechen. Unter Stand verstehen wir in den höheren Schichten Angehörige desselben Berufes oder derselben Gesllschaftsclasse, die durch gleiche Erziehung, Sitten, Instinct und Ansichten gemeinsame *ideale* Interessen verfolgen; in den niederen Schichten sind es Angehörige derselben Noth, die gemeinsam für ihre *materiellen* Interessen kämpfen. Wie sollen wir aber unter hiesigen Aerzten von einem Stande sprechen, wo weder Nationalität noch Erziehung, weder Schule noch Ausbildung, weder Sitte noch Instinct

irgend welche gemeinsame Interessen unter einander darbieten? Wo die homeopathischen, eclectischen, osteopathischen und psychopathischen Schulen die Räder ihrer physio-medicinischen Diplommühlen mit derselben Geschwindigkeit treiben wie die regulären Morgens-, Nachmittags- und Abendschulen; wo die Sommer-Schools ihre Studenten unter den Arbeitern der Winterindustrien werben, und die Jünger der Winter-Schools auf den Feld- und Frucht-Farms recrutirt werden, wo alle diese incongruenten Massen diplomirter Medicin-Männer in eine tolle und wüste Concurrenz mit einander treten und rücksichtslos und erbarmungslos um den Kranken kämpfen wie die Geier um den Cadaver.

Man soll über die Behandlung der Collegen keine abfällige Aeusserung machen, man soll ohne Wissen des behandelnden Arztes kein Krankenzimmer betreten, man soll Dieses und Jenes unterlassen aus Furcht die collegiale Ethik zu verletzen. Aber wie oft collidiren diese Gebote der collegialen Ethik mit unserem moralischen Gefühle.

Man wird zu einem Patienten gerufen, bei dem eine grosse Schnittwunde von einem Arzt in einen stinkenden Eitersack verwandelt wurde. Soll man den Patienten verlassen, aus Furcht, die Standesethik zu überschreiten?

Man wird zu einer Frau gerufen, bei der durch einen Abortionisten eine Pyämie provocirt wurde; soll man der Frau nicht helfen aus Furcht, den Collegen zu verletzen?

Man wird zur Narcose einer Kreissenden gerufen und sieht wie der operirende Arzt ohne Asepsis und ohne jede Elementarkenntnisse der Geburtshülfe eine Wendung zu machen sucht und zwei Leben zu Grunde richtet; soll man die Interessen dieses Bruders im Aesculap wahren, wenn man einem anderen seiner Opfer begegnet?

Man wird von einem Patienten consultirt mit ulcerirenden Syphilomen der Nase und des Rachens, die von einem angeblichen Specialisten als Lupus diagnosticirt und mit X-rays behandelt waren. Soll man den Patienten seinem Schicksal überlassen, um die Authorität des Specialisten nicht herabzuwürdigen?

Man wird zu einem Kranken wieder gerufen, von dem man erfährt, dass der inzwischen dagewesene Dr. X. gerathen habe, unsere Medicin zum Fenster hinauszuwerfen, da der Patient sicherlich daran gestorben wäre, weil sie das reinste Gift sei für

diese von uns missverstandene Krankheit. Soll man mit ethischen Scrupeln sich plagen gegenüber einer derartigen Handlungsweise?

Wahrlich es ist ein Glück, dass man vom Gewühle der Concurrenz in die isolirte Welt der eigenen Wirkungssphäre oder in die kleine Gesellschaft Gleichgesinnter sich flüchten und in diesen engen Kreisen den Respect vor sich selber widerfinden kann.

Warum aber diese unsere kleine Welt isolirt ist, warum unsere engen Kreise mit den besseren Schichten der americanischen Aerztewelt so wenig in Berührung und zur Vermengung kommt, ist ein Thema, das ich besser Unterrichteten zur Besprechung überlasse.

C. *Pflichten gegen den Patienten.* Es ist unmöglich, in diesem kurzen Vortrage aller Pflichtverhältnisse, in denen wir uns zum Patienten befinden, zu gedenken. Es sei mir gestattet, in diesem Kaleidoscope der Pflichten nur einige zu fixiren, um sie auf ihren ethischen Werth zu prüfen.

Zuerst die Ethik unseres eigentlich ärztlichen, des therapeutischen Handelns. Wie soll man der Ethik gehorchend die Patienten behandeln? Die Frage mag wohl einfältig erscheinen. Die Antwort der Ethik biete sich von selber: „ein Jeder behandele nach seinem besten Wissen und Gewissen!" Doch wohlklingnd und harmonisch sind die Begriffe immer in der Theorie, in der Praxis klingen sie oft in eine Dissonanz aus, da die Begriffe nicht immer congruent sind, da sie oft einander zuwiderlaufen und zuweilen einander ausweichen; mit anderen Worten: unser ärztliches Gewissen fängt erst dann an uns zu plagen, wenn das ärztliche Wissen uns im Stiche gelassen hat. Der Arzt wandelt bekanntlich nicht immer den sicheren erfahrungsgepflasterten Weg, er geräth oft auf unbekannte, unheimliche Pfade, wo er sich selber den Weg bahnen muss, wo er wagen muss, um vorwärts zu kommen, weil in der Medicin wie überall im Leben nur dem Tapferen der Sieg gehört. Wie weit soll nun der Arzt in seiner Wagniss gehen, wenn er bedenkt, dass der Preis dieses Glückspiels immer ein Patient sei, d. h. das Leben eines Anderen. Es ist unlängst von Eduard Schroeder eine Zusammenstellung von über 1000 Todesfällen veröffentlicht worden, die sämmtlich auf Medicamente zurückzuführen sind;

wie oft haben wir aber in bedenklichen Momenten gefährliche Mittel zu gebrauchen, für deren Wirkung wir nicht einstehen können. Erst vor Kurzem discutirten wir in unserem Verein die Frage, ob ein Chirurg das Recht habe, bei einem Patienten eine neu vorgeschlagene gefährliche Operation vorzunehmen, von deren therapeutischen Erfolg er noch nichts Sicheres weiss? Man könnte viel darüber philosophiren und discutiren. Ich glaube aber, dass auch wir die kurze Maxime acceptiren müssen, die Generationen und Völker zur Basis ihrer Ethik gewählt haben: „Liebe deinen Nächsten wie dich selber", d. h. behandele den Patienten wie du einen Angehörigen deiner eigenen Familie behandelt hättest. Wenn wir dann in unserem ehrlichen Streben zu heilen und zu helfen fehlgehen — so müssen wir mit dem traurigen Nothspruch uns trösten: „irren ist menschlich."

Eine andere ethische Frage ist die sittliche Zulässigkeit unserer therapeutischen Mittel, z. B. die Empfehlung von conceptionsverhindernden Mitteln, die meiner Ansicht nach absolut ethisch sind, obwohl, wie ich erst unlängst erfahren habe, das hiesige Gesetz sie verbietet; oder die Anempfehlung des ausserehelichen Geschlechtsverkehrs, die in meiner Empfindung absolut unethisch ist, ob wohl Sitte und Gesetz es erlauben, und zwar desshalb unethisch, weil die Gefahr der Infection alle möglicherweise zu gewinnenden Vortheile überwiegen muss.

Ethisch wichtige Probleme bietet nur die Rede- und Schweigepflicht. Ich meine die Pflicht, dem Patienten stets die Wahrheit zu sagen und die Pflicht seine Geheimnisse nicht preiszugeben.

Was die erste Frage anbetrifft, so verlangen die Moraltheoretiker absolute Wahrheitstreue. Moll erzählt eine Anecdote von Fichte, dem einst folgender Fall vorgelegt wurde. Eine Wöchnerin, deren Kind todt zur Welt gekommen ist, ist selbst so schwer leidend, dass die Mittheilung vom Tode des Neugeborenen sie voraussichtlich tödten wird. Sie verlangt Auskunft über das Befinden des Kindes. Was ist zu thun? Fichte erwiederte, sie müsse mit ihrer Frage abgewiesen werden, und als man ihm entgegnete, dieses würde aber denselben schlimmen Eindruck auf sie machen, als wenn sie die Wahrheit erführe, erwiederte Fichte: stirbt die Frau an der Wahrheit, so lasst sie sterben. Soll uns dieses eine Lehre sein? Aber wir Prac-

tiker wissen, dass wir nicht immer nach Theorien handeln können. Gar zu oft sind wir gezwungen, dem Patienten in seinem Interesse nicht die Wahrheit oder nicht die ganze Wahrheit zu sagen. Ein so geachteter und ethisch hochstehender Arzt wie A. Jacobi in New York sagte erst kürzlich in einer Adresse: er dürfe mit Genugthuung behaupten, dass er einem Sterbenden niemals den bevorstehenden Tod mitgetheilt habe. Sollen wir uns dieses zur Maxime machen? Ich habe vor etwa 5 Jahren folgenden Fall erlebt. Ich wurde in der Nacht zu einem Patienten gerufen, den ich im letzten Stadium der eitrigen Peritonitis fand: Abdomen aufgetrieben, teigig hart, Puls nicht tastbar, Extremitäten kalt, Gesichtszüge hippocratisch. Um den Nacken des Patienten schlang eine schluchzende, junge Frau ihre Arme, am Bette sassen die weinenden Eltern. In feierlichem Ernst richtete der Kranke die Frage an mich: „Doctor, muss ich sterben? Ich bitte Sie, sagen Sie mir die Wahrheit." Ich konnte ihm aber die Wahrheit nicht sagen. Mit allgemeinen Redensarten suchte ich mich, tief betrübt, aus der Affaire zu ziehen. Der Kranke starb noch in derselben Nacht; aber noch lange nachher schwebte sein Bild vor meinen Augen und belastete mir das Gewissen — das Bild des Sterbenden, dem ich die Wahrheit nicht gesagt habe.

Sollen wir immer die Geheimnisse der Patienten, wie der Priester die Beichte bewahren? Das Gesetz verlangt es; aber gebietet es auch immer die Ethik? Sie wissen wie oft wir mit diesem Gesetze in ethischen Conflict gerathen, hauptsächlich in der Behandlung von Syphilitikern. Es kann nicht jeder aus diesem Conflicte einen Ausweg finden wie der Pariser Arzt, der einen syphilitischen Patienten verhindern wollte, ein achtbares und unschuldiges Mädchen zu heirathen. Er forderte vom Patienten die Auflösung des Verlobnisses. Der junge Mann aber lachte ihm ins Gesicht: „Sie können mich nicht dazu zwingen. Wenn Sie meine Krankheit verrathen, werde ich Sie wegen Pflichtverletzung verklagen." „Wenn Sie aber", gab ihm der Arzt zur Antwort, „das Mädchen nicht in 4 Tagen freigeben, werde ich Sie in der Oper öffentlich ohrfeigen". Die Drohung wirkte. Aber leider stehen nicht jedem Arzte solche heroische und ritterliche Mittel zu Gebote. Ich habe jetzt ein vierjähriges Kind wegen Syphilis insontium in Behandlung. Dasselbe wurde

von einem Tantenpaar, das vorher in meiner Behandlung stand, inficirt. Ich kannte die Familie. Ich warnte das Paar, von dem der Mann der schuldige Theil war, obwohl ich wusste, dass sie beide leichtfertig, leichtsinnig und unzuverlässig sind. Ich glaubte, damit meine Pflicht gethan zu haben. Jedesmal aber wenn jetzt das Kind in meine Office gebracht wird, fühle ich die Vorwürfe der unglücklichen Eltern. Ich konnte sie geschützt haben, wenn ich das Geheimniss ihrer Verwandten ihnen verrathen hätte.

Ich übersehe nun andere ethische Probleme der Praxis und komme zur dritten Epoche des ärztlichen Lebens.

III. *Austritt aus der Praxis.*

Haben Sie, meine Herren, je einen Arzt gutwillig aus der Praxis treten sehen? Die Angehörigen anderer Professionen treten zu Ruhe, werden Couponschneider, wenn sie durch Jahre rüstiger Arbeit eine bestimmte Summe erworben haben, die ihnen ermöglicht, ihre alten Tage arbeits- und sorgenfrei zu verleben. Das ist aber bei uns Aerzten scheinbar nie der Fall. Der Arzt verlässt nur bei einer Gelegenheit die Arena der ärztlichen Thätigkeit, das ist, wenn der Tod ihn zur Ruhe ruft. Mit dem exitus tritt er aus der Praxis. Ich beabsichtige aber nicht den Tod zur Thesis zu wählen, sondern seine Antithese, die Unsterblichkeit oder das Streben nach der Unsterblichkeit. Ich meine die Pflichten der Aerzte als Gelehrte und Forscher.

Der Arzt als Forscher. Die Medicin, die älteste aller Naturwissenschaften, hat von allen ihrer Schwesterdisciplinen allein die Eigenschaft ihrer Jugend bewahrt, welche in einer Zeit der grauen Vergangenheit lag, wo Wissenschaft noch Dichtung war. Unter allen Naturwissenschaften ist die Medicin allein eine Wissenschaft und eine Kunst zugleich, und der Arzt muss zugleich ein ausübender Künstler wie Gelehrter sein.

Aber dem ausübenden Künstler flicht die Nachwelt keine Kränze — und der Arzt, der für die Enttäuschungen des realen Lebens nur zu geneigt ist, in der Unsterblichkeit Ersatz zu suchen, verspürte in sich den Drang, seinen Eifer und seine Arbeitskraft der Forschung zu widmen. So sind wir jetzt Zeugen einer ärztlichen Forschungsmanie geworden, wie sie auf keinem anderen wissenschaftlichen Gebiete zu verzeichnen ist. Unsere

Zeit selber, das Zeitalter der Naturwissenschaften, lockte ihn auf dieses neue Gebiet und er folgte der Lockung und berauschte sich an seiner Zeit. Die Gelegenheit war so günstig! Wie die Pilze wuchsen die Probleme schnell im Walde der medicinischen Forschung. Er brauchte nur die Hand auszustrecken, um Berühmtheit zu finden und Unsterblichkeit zu erfassen. Er brauchte nur mit dem Thiere zu experimentiren und die Räthsel des Lebens zu lösen, die leblosen Theile zu untersuchen und die Mysterien des Todes zu erklären. Es war so leicht, das Objective zu schauen und das Lebendige zum Object zu machen. Das Kaninchen ist so schweigsam und der Hund so geduldig; sie liessen so leicht mit sich experimentiren, sie lagen so ruhig, so fasslich concret, so bequem zum Betasten auf der Hand und wenn man mit Messer und Microtom sie in Atome zerlegte, so leicht beschaulich unter dem Microscope. Freilich waren es nur Object und Stoff, das er zerstückeln und beschauen konnte, nicht das Subject und die Lebenskraft, die die Fragen an ihn stellten. Und das Lebendige, das sich ihm zeigte, war nur Kaninchen und Hund, nicht aber der Mensch, der allein den Zweck der medicinischen Forschung bildet, den er aber in den Bereich seiner Versuche noch nicht hineinzwingen konnte. Jedoch der Eifer war angefacht und der Erfolg machte ihn verwegen. Die Entwicklungsgeschichte zeigte ihm die Brücke, die vom Thiere zum Menschen führt, und als er diese betrat, verlor sich die Distanz zwischen beiden. Furchtlos riss er dem Menschen den Schleier der Heiligkeit vom Antlitz und machte auch das Ebenbild Gottes zum Objecte des Versuches. Wie mit dem Thiere, objectiv und nüchtern, fing er auch mit dem Menschen an, Eperimente zu machen, nichts war ihm heilig geblieben, weder Recht noch Sittlichkeit, ausser der Befriedigung seiner Forschungsenergie. „Für sie", sagt Moll im Capitel über Menschenexperimente, „geht die Freiheit der Forschung so weit, dass sie jede Rücksicht auf andere durchbricht. Die Grenze zwischen Mensch und Thier ist für sie verwischt. Der unglückliche Kranke, der sich ihnen zur Behandlung anvertraut hat, wird von ihnen schmählich betrogen, das Vertrauen getäuscht und der Mensch wird zum Versuchskaninchen degradirt." Albert Moll hat 600 solcher menschenexperimentelle Arbeiten aus der Literatur gesammelt und giebt auf 70 Seiten seines Buches eine interes-

sante Blütenlese aus diesen Veröffentlichungen. Ich will nur einige hier wiedergeben.

Ueber das Resorptionsvermögen der Haut wurden Versuche an Sterbenden ausgeführt indem an verschiedenen Stellen mit der betreffenden Flüssigkeit getränkte Verbände angelegt worden sind, von welchen Stellen die Haut nach dem Tode ausgeschnitten und microscopisch untersucht wurde.

Ueber die Functionen des Magendarmcanals wurden recht qualvolle Versuche mit Fütterungen, Ausheberungen etc. bei ofe recht kranken Leuten gemacht, so von einem Author bei 25 Fällen von Phthisis pulmonum.

Ein italienischer Arzt untersuchte die Blutcirculation im Gehirn. Unter anderem drückte er einem Patienten die Carotiden zusammen. „Nach der achten Zusammenziehung des Herzens die auf die Compression folgte, wird der Pulsschlag so langsam und klein, dass er schliesslich nicht mehr fühlbar ist. Mit dem 12. Pulsschlag wurde der Mann von Krämpfen befallen; er war bleich im Gesicht, hatte die Augen nach oben gekehrt, und als man jetzt sofort mit der Compression nachliess, öffnete er die Augen wie verstört."

Ein „Kinderarzt" untersuchte, ob eine Infection mit Spulwürmern möglich sei oder nicht. Aus dem Koth eines Kindes, in dem sich bei microscopischer Untersuchung Spulwürmer zeigten, legte er eine Cultur an und hat dann längere Zeit nachher bei mehreren Kindern, die wegen ganz anderen Krankheiten in das Krankenhaus aufgenommen waren, solche Infectionsversuche gemacht. Die Kothcultur der Spulwürmer wurde den Kindern in Syrup gereicht und nachher wurde den Kindern Santonin gegeben, um die Würmer abzutreiben.

Von einem americanischen Arzt, der Schutzimpfung gegen Scharlach studiren wollte, wird erzählt, dass er zu diesem Zwecke Schleimpartikelchen aus der Rachen- und Mundhöhle eines Scharlachkranken in die Haut von 10 Kindern verimpfte, die sämmtlich an Scharlach darauf erkrankten.

Fast alle Infectionskrankheiten wurden zum Gegenstande des Experimentes am Menschen gemacht. Malaria, Lepra, Carcinom-, Furunkel-, Typhus-, Cholera und allerlei andere Bacillen wurden den Kranken einverleibt. Kein Parasit wurde übersehen, kein Organ verschont.

Die weiblichen Geschlechtsorgane waren ein Tummelplatz gar vieler Forscher. In die Scheiden von Schwangeren, jungen Mädchen und oft Kinder wurden verschiedene Infectionserreger verpflanzt. Ein Oesterreicher impfte leptothrix vaginale in die Scheide eines 6 Tage alten Kindes. Zum Schlusse erfolgt die Danksagung an den Director der Kinderklinik für die freundliche Unterstützung.

Ein deutscher Forscher stellte Versuche an mit dem Staphylococcus aureus, indem er bei 2 schwer Kranken die reingezüchtete Cultur mit seinem Finger — den er sich aber vorher schützte — in die Haut einrieb, und er hatte die Genugthuung, bei den Patienten noch vor ihrem Tode eine Reihe von Pusteln aufgehen zu sehen.

Die niederträchtigsten Experimente wurden in Bezug auf Gonorrhoe und Syphilis gemacht.

Ein deutscher Arzt impfte Gonococcen in die Harnröhre eines paralytischen Mannes, nach 10 Tagen starb der Mann, an dem diese Gemeinheit ausgeübt wurde. Ein anderer deutscher Arzt wählte unschuldige Frauen zu seinen Versuchen. Bereits am 3. Tage klagten die Frauen über heftige Schmerzen beim Urinlassen und es trat sehr bald eine ziemlich heftige Urethralgonorrhoe auf.

Die Blenorrhoe der Neugeborenen wurde vielfach zum Gegenstande experimenteller Untersuchung gemacht. Trippereiter wurde absichtlich auf die Bindehaut der Neugeborenen gebracht und so mit Staunen nachgewiesen, was man früher schon mit Gewissheit wusste.

Die Syphilisversuche des Pfälzer Unbekannten sind bekannt. Dieser hatte wenigstens die Scham, seinen Namen den Zeitgenossen nicht zu verrathen. Die modernen Forscher zeichnen ihre Namen unter ihren Arbeiten, die sie mit Ansprüchen an die Nachwelt veröffentlichen.

Ein österreichischer Arzt hatte eine Frau in Behandlung, die ein vom Vater her hereditär syphil. Kind geboren haben soll, aber nicht syphilitisch war. Nun war er sehr neugierig, zu wissen, ob sie auch gegen jeden anderen syphilitischen Virus immun sei. Er impfte sie desshalb mit der Substanz von syph. Sclerosen und Papeln, jedoch erfolglos. Nebenbei aber impfte er sie mit weichem Schanker, der zu seiner Freude sich gut entwickelte.

Um die Beziehungen von obigen Infectionen zum Gonococcus zu studiren, impfte ein Arzt einem Individuum am Rücken eine Pravatzspritze voll Serumgemisch mit Gonococcencultur. Der Versuch fiel negativ aus, was aber der Forscher vorher nicht wissen konnte. Ein anderer Arzt machte folgendes Experiment: Ein junges Mädchen war an gonorrhoischer Endocarditis gestorben. Um an der Diagnose sicher zu sein, impfte er einen Kranken, dessen Ende in kurzer Zeit zu erwarten stand, mit einer Spur der eingeschmolzenen Thrombusmassen der Pulmonalklappen in die Urethra. Nach 4 Tagen bekam der Kranke eine Gonorrhoe mit typischem bacteriologischem Befunde.

„Und das sind Aerzte, denen sich Patienten anvertrauen. Wie können sie ihren Beruf soweit vergessen? Der Blick der Kranken ist, so lange noch eine Spur von Bewusstsein besteht, auf den Arzt gerichtet, in der Hoffnung von ihm Rettung, oder doch Erleichterung zu erfahren. Wie kann sich ein Arzt, der nicht moralisch irrsinnig ist, von seinem Forschungsdrange verleiten lassen diese Erwartung eines dem Tode Verfallenen zu täuschen! Ist der Arzt, der es fertig bringt auf unglückliche Paralytiker und Sterbende in brutaler Weise das Syphilis- oder Trippergift einzuimpfen, noch irgend welchen Vertrauens würdig?"

So weit Moll. Seine Worte sind scharf und voller Entrüstung, aber sie sprechen die Sprache des ärztlichen Gewissens. Mögen die Philosophen und Moraltheoretiker über die Motive der Sittlichkeit und das Endziel der Ethik unter einander uneinig sein, für uns Aerzte giebt es nur ein Motiv des moralischen Handelns, das ist Menschlichkeit und das Endziel unserer Ethik ist der Mensch.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

O. Witzel (Bonn): *Wie sollen wir narcotisiren?*

Verf. spricht sich zunächst bezüglich der Frage, ob Chloroform oder Aether zur Narcose mit grösserem Vortheil zu verwenden sei, entschieden zu Gunsten des Aethers aus. Nach seiner Ansicht wird es nie gelingen, eine vor Zufällen und Todesfällen sichere Narcose zu finden, bei welcher nur Chloroform als Betäubungsmittel angewendet wird. Es ist verlorene Liebes-

mühe, dem unberechenbaren Herzgift andere Dinge, selbst mit ingeniös erdachten Vorrichtungen beizugeben, um seine Gefährlichkeit aufzuheben oder doch abzuschwächen. Chloroform bleibt Chloroform. Darum wäre es nach W. logisch richtiger, dem an sich unschuldigen, die Herzthätigkeit sogar anregenden Schlafmittel, dem Aether, geeignete Gehülfen beizugeben, um, seine Wirksamkeit in dosirender Weise steigernd, eine ideale Narcose in jeder Beziehung herbeizuführen. Die Herbeiführung eines guten Aetherschlafes ist eine schwierige Kunstleistung; sie erfordert einen ganzen Arzt, sie verlangt mehr Einsicht und Umsicht als das Betäuben eines Menschen mit Chloroform.

Vor Einführung der Aethernarcose hat W. auch mit dem Chloroform gute Resultate erzielt und zwar einerseits mittels der Tropfmethode, andererseits durch die Anwendung von chemisch reinem Chloroform. Apparate, mit denen eine exacte Mischung von Aether oder Chloroform mit Luft erzielt werden soll, wie sie von Dreser und Geppert erdacht und empfohlen wurden, sind nicht empfehlenswerth. Die Gefahr der Chloroformnarcose, wenn die Tropfmethode und nur chemisch reines Chloroform benutzt wird, liegt nicht im drohenden Collaps, sondern im „protahirten Chloroformtode" Ungar's — fettige Entartung aller parenchymatösen Organe, insbesondere des Herzmuskels, der Nieren, der Leber und der Milz.

Der Aethernarcose schickt W. eine Morphiuminjection voraus, wobei jedoch nicht das Zusammentreffen zweier Herzgifte zu Stande kommt, wie bei der von Nussbaum empfohlenen Morphium-Chloroformnarcose. Morphium und Chloroform cumuliren sich in einer ganz unberechenbaren Weise. Die Morphium-Chloroformnarcose ist die gefährlichste Betäubung, die es giebt. Die Narcose mit Chloroform zu beginnen und dann mit Aether fortzusetzen, wie Kocher vorgeschlagen hatte, ist nicht zu verwerfen. Wenn Kocher aber neuerdings Bromaethyl bis zum Eintritt der Betäubung giebt, so muss das als bedenklich bezeichnet werden.

Eine Reizung der Luftwege mit Aether kann vollkommen vermieden werden, wenn wir mit zweckbewusster Technik und nach guter prophylcatischer Vorbereitung der Luftwege verfahren und wenn der Zustand der letzteren auch nach der Narcose sorgfältige Beachtung erfährt. Hierbei sind drei Punkte ausschlaggebend: 1. Desinfection des Mundes und der Luftwege vor der Narcose. 2. Lagerung des Kranken während der Betäubung mit tiefliegendem Kopfe, stark hintenüber gebeugtem Nacken. Die forcirte Reclination lässt ein Einfliessen von oben her nicht zu und weist dem in den Luftwegen sich etwa bildenden Secret den Weg zum Munde hinaus. 3. Die Ventilation der Luftwege durch systematische Athembewegungen nach der Operation.

Schliesslich bespricht Verf. noch die von K o r f f in Freiburg empfohlene Methode der Narcose ohne Inanspruchnahme der Luftwege durch die einfach subcutane Injection des schmerzstillenden Morphins und des schlaferzeugenden Scopolamins. W. führte diese Art der Narcose bei einer Amputation, bei einem Falle schwerer Sepsis der Harnwege, die infolge falscher Wegbohrung bei Prostatahypertrophie aufgetreten war, sowie bei einem jungen Manne behufs Vornahme einer Necrosenoperation aus. Die Betäubung in diesen drei Fällen war tadellos, weniger günstig waren die Folgen derselben. Tagelang litt der Amputirte an Herzschwäche; der Prostatiker erlag der Sepsis, die er vielleicht sonst überwunden hätte. Demgegenüber kam das Wohlbefinden des Dritten nicht in Betracht, da derselbe sich wahrscheinlich selbst nach einer Chloroformnarcose wohl gefühlt hätte. (Münchener med. Wochenschr., 1902, No. 48.)

W. E v e l t (München): 500 *Chloroformnarcosen in der gynäcologischen Praxis.*

In der gynäcologischen Universitäts-Poliklinik in München werden seit einiger Zeit über alle Narcosen genaue Aufzeichnungen gemacht. Ueber 500 derartiger genauer beobachteten Narcosen wird in vorliegender Arbeit von E. Mittheilung gemacht. Berechnet auf die 500 Narcosen betrug die Gesammtchloroformmenge: 17,494 g. Gesammtzeit: 440 Stunden 36 Minuten. Es kommt also auf eine Stunde 39,7 Chloroform oder 0,66 pro Minute, auf eine Narcose 34,9 Chloroform. Die Durchschnittsdauer einer Narcose betrug 52,9 Minuten. Die höchste Chloroformmenge betrug 155 g für eine Narcose von 140 Minuten, die längste Dauer einer Narcose war 216 Minuten bei 143 Chloroformverbrauch. Die geringste Chloroformmenge war 4 g für eine Narcose von 18 Minuten. Die kürzeste Dauer einer Narcose betrug 10 Minuten bei 6 g Chloroformverbrauch. Oleum camphoratum wurden 223 ccm, auf 36 Narcosen vertheilt, injicirt. Asphyxien und Collapse leichteren Grades wurden im Ganzen 10 mal beobachtet. Chloroformtod trat in keinem Falle ein. Eine halbe Stunde vor jeder Narcose wurde der Patientin 0,01 Morphin injicirt.

Verf. berichtet dann ausführlich über die gehandhabte Technik der Chloroformnarcose, woraus folgende Punkte erwähnt werden sollen: Es wird tropfenweise (etwa 20 Tropfen in der Minute) Chloroform aufgegossen, bis das Stadium der engsten Pupille erreicht ist; in diesem Stadium befindet sich die Patientin in vollkommener Toleranz und es wird nun infolgedessen die Maske liegen gelassen, ohne dass weiter Chloroform aufgegossen wird. Auf diese Weise exhalirt die Patientin noch eine Zeit lang Chloroformdämpfe in die Maske und inhalirt sie sodann wieder, und man kann sie so lange Zeit, ohne frisch aufzugiessen, in voll-

kommenster Toleranz erhalten. Man hat sich grundsätzlich nur nach dem Pupillarreflex und nicht nach dem Cornealreflex zu richten, da letzterer sehr unzuverlässig ist. Störende Momente, die während der Narcose eintreten können, sind hauptsächlich Erbrechen und Athmungsstörungen. Was das Erbrechen anLelangt, so wird schon bei den ersten Würgebewegungen der Kopf der Patientin zur Seite gedreht und, was die Hauptsache ist, es wird ruhig weiter chloroformirt. Für die Athmungsstörungen lassen sich fast immer zwei Ursachen feststellen: 1. die hintenübergefallene Zunge und 2. aspirirte, erbrochene Massen und angesammelter Schleim. Dagegen hilft in ersterem Falle Hervorziehen der Zunge mit einer kleinen Hakenzange, in dem letzteren Falle Reinigen von Mund und Pharynx von den erbrochenen Massen und von angesammeltem Schleim.

Bezüglich der Nachbehandlung führt E. Folgendes an: Tritt am Tage der Narcose kein Erbrechen auf, so wird gegen den meist sehr quälenden Durst kalter Thee, Citronenlimonade, Wein mit Wasser, Eisstückchen etc. verabreicht. Feste Speisen bekommen die Patientinnen am Tage der Narcose nicht, dagegen wird ihnen am Tage nach der Narcose schon wieder leicht verdauliche, am zweiten Tage meistens schon volle Kost gegeben. Ist dagegen nach der Narcose das Erbrechen sehr stark, so wird nichts gegeben, ausser gegen den Durst kleine Eisstückchen, die die Patientin im Munde zergehen lässt; sie muss dann aber darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie das Eiswasser ausspucken muss, da dieses, wenn es in den Magen gelangt, leicht zu erneutem Erbrechen Veranlassung giebt. In sehr hartnäckigen Fällen wurde manchmal mit gutem Erfolge Salzsäure oder Potio Riveri gegeben. (Münchener med. Wochenschr., 1902, No. 48.)

Scheiderlin: *Die Scopolamin (Hyoszin)-Morphium-Narcose.*

Verf. schliesst seiner im Jahre 1900 gemachten Veröffentlichung eine weitere Mittheilung an. Er hat die Narcose mit Scopolamin und Morphium, wenn er Zeit hatte abzuwarten und auszuprobiren, zunächst mit 8/10 bis 1 mg Scopolamin und 2 cg Morphium ausprobirt. Am Operationstage selbst gab er dann, je nach Erfolg und Reaction beim Ausprobiren, 8/10 bis 1¼ mg Scopolamin und 2 bis 3 cg Morphin 1½ Stunden vor der Operation. War die Narcose ¼ Stunde vor Beginn der Operation noch keine vollständige, so kamen noch 2—4 dmg Scopolamin und ½—1 cg Morphin hinzu. Bei dringenden Fällen begann er sofort mit 1—1½ mg Scopolamin und 2—2½ cg Morphin und gab als zweite Dosis unter Umständen wieder 2—4 dmg Scopolamin und ½—1 cg Morphin. Die Dosen wurden so gewählt, dass zur Combination von Scopolamin und Morphin in den meisten Fäl-

len je die Hälfte der vorhergegangenen einzelnen Dosen genommen ist. Die Empfindlichkeitsprüfung wurde so vorgenommen, dass die Kranken erst aufgerüttelt wurden, sodann wurde eine Nadel durch die Lippen, in die Fingerkuppen und in die Gegend der unteren Augenlider eingestochen. Die Anaesthesie war in allen Fällen eine vollkommene. Die Kranken wussten nach ihrem Erwachen nicht, was vorgefallen war. Nach den Erfahrungen des Verf. hat die Scopolamin-Morphium-Narcose die folgenden Nachtheile: 1. sie muss erst ausprobirt werden, es geht also unter Umständen Zeit verloren; 2. nach der Narcose muss gegebenen Falls die Athmung beobachtet werden. Die Narcose hat aber folgende Vortheile: 1. die Gefahrlosigkeit bei richtigem Ausprobiren; 2. der Narcotiseur wird überflüssig; 3. der psychische Schreck auf den Patienten, der ja bekanntlich bei Chloroform nach den neueren Untersuchungen unheilvoll werden kann, fällt beinahe weg und kann bei einiger Vorsicht ganz vermieden werden.

Dass manche Autoren Misserfolge zu verzeichnen haben, dürfte nach Sch. vielleicht an den Umständen liegen, dass: 1. die Narcose nicht ausprobirt wurde; 2. zu grosse Dosen gegeben wurden; 3. der Eintritt der Narcose nicht abgewartet wurde. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 9.)

Moritz Cohn (Hamburg): *Einige Bemerkungen zur Behandlung der Furunculosis.*

C. empfiehlt zur Behandlung der Furunculosis folgendes Verfahren, das er an sich selbst erprobt hatte: Von allen inneren Arzneien ist abzusehen. Ausser Regulirung des Stuhlgangs käme höchstens Schwefelwasser in Frage. Sowie sich durch Schmerz oder auch nur durch Juckreiz an irgend einer Körperstelle eine kleine Röthung oder Schwellung, selbst nur in Form einer einfachen Folliculitis, bemerkbar macht, ist diese je nach ihrer Grösse mit einer stecknadelkopf- bis bohnengrossen Menge Ichthargansalbe 2—3 mal täglich einzureiben, wobei darauf zu achten ist, dass die Salbe zunächst in die Umgebung des Furunkels hineingerieben wird und zuletzt erst in diesen selbst, um neue Nachschübe zu vermeiden. Die Vorschrift der Salbe ist folgende:

Ichthargan.	10,0	(bei sehr empfindlicher Haut oder in leichteren Fällen 5,0).
Aq. dest.	5,0	
Glycerin.	10,0	
Lanolin.	35,0	
Vaselin. fl.	40,0	M. D. S.

In einigen Tagen, manchmal schon nach 24 Stunden, ist die Entzündung wesentlich zurückgegangen und kann man nun je nach Sachlage ein kleineres Quantum derselben oder einer

schwächeren Ichthargansalbe einreiben oder ein kleines Salicylseifenpflaster, falls sich ein Eiterpfropf gebildet, für 12—24 Stunden auflegen oder falls sich Eczem bemerkbar macht, eine 1%ige Ichthyolpaste anwenden lassen. Das letztere tritt besonders leicht in der Genitalgegend auf und hier ist Vorsicht am Platze. Infolgedessen ist an dieser Stelle der Platinbrenner nicht zu entbehren, weil zeitweilig die Furunkel nicht genügend lange der Ichtharganwirkung ausgesetzt werden können, zumal sich bei jeder Bewegung durch die Reibung der Haare auf der gesalbten Fläche ein neuer Reiz dem Entzündungsschmerz hinzugesellt. Das Rasiren hat sich C. nicht bewährt. Ist der Furunkel genügend gebrannt und der Eiter entleert, so genügt zur Nachbehandlung obige Ichthyolpaste. Von der Behandlung mit dem Messer muss C. im Allgemeinen abrathen, abgesehen von solchen Fällen, in welchen es sich um apfelgrosse Carbunkel handelt. Dann ist es gewöhnlich für eine Ichtharganbehandlung zu spät, doch kann man durch mehrfaches Einbrennen auch hier das Schneiden und den Wundverband umgehen und mit einem Salicylseifenpflaster und Zinkpflasterbedeckung auskommen. Ferner ist in der ersten Zeit ein Bad unbedingt erforderlich, wenn es die Mittel erlauben in Form eines Ichthyol- oder Schwefelbades. Von dem Gebrauch der in letzter Zeit so vielfach empfohlenen Bierhefe hat C. nichts Gutes gesehen. (Monatsh. für pract. Dermatologie, Bd. 36, No. 4.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 6. October 1902.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

I. *Vorstellung von Patienten.*

1. Dr. F. Grosse stellt einen Fall von Verbrennung vor. (Derselbe wurde in der Octobernummer des Jhrg. 1902 dieser Monatsschrift als Originalarbeit publicirt.)

Discussion. Dr. Brettauer: Das Resultat in dem Falle hier scheint mir ja ein äusserst günstiges zu sein, und es besteht auch gar kein Zweifel, dass feuchte Verbände bei Verbrennungen

sehr gute Dienste leisten, allein ich glaube, dass damit doch nur ein temporäres Resultat erzielt wird. Wir Alle würden dem Herrn Collegen sehr dankbar sein, wenn er uns den Fall nach 2—3 Monaten wieder zeigen würde, um uns zu überzeugen, dass keine Narbencontraction eingetreten. Diese lässt sich nur durch frühe Hauttransplantation vermeiden, soweit meine Erfahrung reicht. — Dr. Grosse: Was hier bei dem Falle nicht gut aussieht, kommt nicht auf meine Rechnung. Als ich die Behandlung übernahm, sah ich mich vor einen wirklich traurigen Fall gestellt. Die Granulationen waren auf der unteren Brustfläche ½ cm dick geworden. Dass ich natürlich die Wundfläche nicht mehr so rein bekommen konnte, als es wünschenswerth gewesen wäre, ist selbstverständlich. Wenn man einen Fall von Verbrennung von vorneherein nach meiner Methode behandelt, werden die Granulationen so gering, dass es thatsächlich so gut wie keine Narbenschrumpfung geben kann. Ich will auf die Behandlung der Verbrennungen überhaupt hier nicht näher eingehen, da dies zu weit führen würde, ich will nur erwähnen, dass die Erfolge mit feuchten Verbänden nach Winternitz ganz vorzügliche sind. Den Verband immer nur wieder anzufeuchten und nicht zu wechseln, wie Dr. Pfister meint, halte ich nicht für richtig. Die Wundfläche secernirt ja, und die Secrete müssen doch von Zeit zu Zeit beseitigt werden, was von ganz besonderer Wichtigkeit ist. Ich habe vor Kurzem einen ähnlichen Fall gesehen aus der Poliklinik des Post Graduate, der mit Carbolwasserverbänden behandelt wurde, und zwar in der Weise, dass der Verband nicht jedesmal gewechselt, sondern immer nur angefeuchtet wurde. Ein solcher Verband wirkt wie eine Salzsaline, so dass wir auf der Wunde schliesslich reine Carbolsäure haben. Ich fand in dem Falle denn auch die junge Epidermis typisch verätzt.

2. Dr. Herbert stellt zwei Fälle von *idiopathischer Hodenatrophie* bei zwei Brüdern vor.

S. O., 19 Jahre alt, ledig, fühlte vor zwei Jahren beim Heben einer schweren Kiste plötzlich einen stechenden Schmerz längs des Samenstranges, „als ob sich eine warme Flüssigkeit ergiessen würde". Dieser Zustand hielt 2—3 Stunden an. Dann stellte sich Hitzgefühl und Blutandrang nach dem Kopfe ein, sowie Schmerzen beim Uriniren. Nach zwei Tagen bemerkte Pat. eine schmerzhafte Schwellung des linken Hodens, der nach 6 Tagen bis zu Kopfgrösse angeschwollen war. Pat. blieb 14 Tage im Bette liegen, hatte innerlich Medicin bekommen, äusserlich zuerst eine Salbe, dann Jodtinctur. Die Geschwulst verkleinerte sich allmählich und nach 3 Monaten erhielt der linke Hoden sein gegenwärtiges Aussehen, d. h. derselbe ist nur noch ein kaum nussgrosses Rudiment.

M. O., 16 Jahre alt, fühlte, als er 14 Jahre alt war, nach einer willkürlichen und länger dauernden Harnverhaltung Schmerz in der Blasengegend. Die Schmerzen nahmen nach einigen Tagen zu, der linke Hoden schwoll sehr bedeutend an. Nach 3 Tagen hatte der linke Hoden die Grösse einer Faust angenommen, nach 10 Tagen hatte er wieder seine normale Grösse erlangt. Der behandelnde Arzt legte den Hoden 3 Wochen lang in einen Heftpflasterverband. Nach Abnahme dieses Verbandes war von dem linken Hoden fast keine Spur mehr zu finden, nur noch ein bohnengrosses Rudiment.

Merkwürdig bei diesen beiden Fällen von Hodenatrophie ist einmal ihre Aetiologie, sodann aber auch der Umstand, dass sie zwei Brüder betrafen. Mumps, als eine der Hauptursachen solcher Hodenatrophien, konnte bei keinem dieser Fälle constatirt werden, ebensowenig Gonorrhoe.

3. Dr. W. Freudenthal (Mädchen mit *Sprachstörung* vorstellend).

Dieses Mädchen wurde mir vor einigen Wochen zugeschickt wegen gewisser Sprachstörungen, welche von der Mutter des Mädchens schon bemerkt worden waren, als dasselbe noch ein kleines Kind war. Seit dieser Zeit ist die Sache immer schlimmer geworden. Das Mädchen konnte die Gutturallaute G und K nicht ordentlich aussprechen und brachte an deren Stelle nur einen dumpfen Laut hervor; ausserdem konnte es gewisse Zungenlaute nicht richtig zu Stande bringen, was sich besonders beim Aussprechen des S bemerkbar machte. Wenn das Mädchen nämlich ein S aussprechen sollte, kam zuerst ein Zischlaut und dann mit einem expiratorischen Luftstrom der andere Ton. Das Mädchen bot das bekannte Bild der adenoiden Vegetationen dar. Ich entfernte dieselben und die Sprache besserte sich ganz bedeutend. Als ich das Mädchen zuletzt sah, konnte es das S nicht so gut aussprechen, wie heute. Ich habe für die Sprachstörung des Mädchens nur die Erklärung, dass erstens das Mädchen schon als Kind sich daran gewöhnt hatte, bei den Zischlauten die Luft durch die Nase auszustossen, und zweitens, dass sich trotz Entfernung der Vegetationen das Velum doch nicht genau an die hintere Rachenwand anlegt. Ich habe bei älteren Personen etwas Aehnliches in Bezug auf das Aussprechen der Gutturallaute bemerkt, ohne dass man centrale Störungen hierfür hätte verantwortlich machen können. Eigenthümlich ist es, dass ich vor 6 oder 8 Jahren einen Bruder dieses Mädchens gesehen habe, der ganz genau dieselben Erscheinungen darbot. Ich operirte ihn, allein erst nach 6 Monaten verlor sich seine sonderbare Sprachstörung.

II. *Vorträge.*

1. Dr. A. Seibert: *Trinkwasser und Abdominal-Typhus.* *Discussion.* Dr. A. Ripperger: Dr. Seibert hat un-

ter den Städten, bei welchen die Typhusmortalität — interessanter wäre es natürlich gewesen, anstatt der Mortalität die Morbidität kennen zu lernen — in Folge der Trinkwasserfiltration und Einführung von Wasserleitungen herunterging, auch die Stadt München aufgeführt. Ich kann Ihnen freilich momentan nicht mit Zahlen als Belege aufwarten, allein ich glaube mich nicht zu irren, wenn ich sage, dass der Abstieg der Typhus-Morbidität und Mortalität in München mit der Regulirung des Grundwasserstandes seinen Anfang genommen hat. Ich erinnere mich wenigstens ganz genau, dass der verstorbene P e t t e n k o f e r dies in seinen Vorlesungen stets ausdrücklich betont hat. Ich möchte daher Dr. S e i b e r t fragen, ob ihm bekannt ist, wann in München die Grundwasserregulirung vorgenommen und wann die Wasserleitung eingeführt wurde, ob vielleicht die Errichtung der Mangfallwasserleitung mit der Grundwasserregulirung zeitlich zusammenfiel. — Dr. S. A. K n o p f: Ich habe die Ausführungen des Herrn Dr. S e i b e r t mit aufrichtigem Interesse verfolgt und möchte bitten, dass dieser Vortrag in das Englische übersetzt und im Interesse der Stadt New York so weit wie möglich verbreitet wird. — Dr. G r o s s e: Ich bin der Ansicht, dass die angegebenen Zahlen dann einen noch grösseren Werth besitzen würden, wenn man wüsste, welchen Einfluss auf die Sterblichkeit die Behandlung hatte. Denn sobald die Therapie eine bessere geworden ist, musste natürlich auch die Zahl der Todesfälle abnehmen. Man könnte daher die Abnahme der Todesfälle an Typhus in Berlin auch damit erklären, dass die Typhusbehandlung in Berlin sich besserte. — Dr. A. S e i b e r t (Schlusswort): Der letzte Einwurf des Herrn Collegen G r o s s e hat eine ziemliche Berechtigung. Wir können uns Alle einbilden, dass wir bessere Therapeuten sind als unsere Collegen vor 50 Jahren. Allein es wäre doch ein bischen sehr eigenthümlich, wenn z. B. diese mangelhafte Therapie in Hamburg genau bis zum Jahre 1893 angehalten hätte und dann mit einem Schlage die gute Therapie an ihre Stelle getreten wäre. Genau dieselben Verhältnisse haben Sie in Berlin. Wenn College R i p p e r g e r meint, es wäre interessanter gewesen, an Stelle der Mortalität die Morbidität kennen zu lernen, so hat er damit vollkommen Recht, denn es wäre freilich viel schöner, wenn wir mit der Morbidität rechnen könnten. Allein wenn selbst ein Mann wie O s l e r öffentlich erklärt hat, dass in seiner Stadt Baltimore sicher 6 oder 10 mal so viele Fälle von Typhus vorkämen, als an die Gesundheitsbehörde gemeldet würden, so dürfte dies zur Genüge beweisen, welchen Nutzen eine solche Statistik über die Typhusmorbidität hat. Zu statistischen Zwecken müssen wir die Mortalität benützen und zwar aus dem einfachen Grunde, weil sie richtiger ist als die Angaben über die Morbidität. Was die Grundwasserregulirung Münchens anbe-

trifft, so bin ich auf diesen Punkt nicht eingegangen. Das Gesundheitsamt München theilte mir mit, dass München keine Filtrationsanlage besitze und sein Wasser aus dem Gebirge beziehe, und dass seit dieser Zeit die Typhusziffer eine ideale sei; genaue Zahlen wurden mir nicht mitgetheilt. Ich möchte nochmals wiederholen, dass ich das Hauptgewicht darauf lege, dass wir uns bewusst sind, dass alle Wasserläufe in der Nähe von menschlichen Wohnungen schon wer weiss wie lange mit Typhuskeimen inficirt sind. Wir müssen es mit der Trinkwasserfrage genau so nehmen, wie der moderne Chirurg mit der aseptischen Chirurgie. Der moderne Chirurg betrachtet eine jede Fläche auf welcher operirt werden soll, als inficirt, und so muss auch der moderne Hygieniker ein jedes Leitungswasser als inficirt ansehen und daher vor dem Gebrauche filtriren.

2. Dr. L. A. Ewald: *Ueber Bedeutung, Pathogenese und Therapie der Versioflexionen des Uterus.* (Vortrag ist in No. 9 ds. Jhrgs. 1902 der Monatsschrift als Originalarbeit publicirt.)

Discussion. Dr. Boldt: Ich glaube, die Gesellschaft kann Herrn Dr. Ewald danken, dass er uns ein solches Resumé über die schon bekannten Thatsachen über die Lageveränderungen des Uterus vorgeführt hat. Zu discutiren giebt es eigentlich über den Vortrag nichts, da es ja persönliche Ansichten sind, wie die Lageveränderungen des Uterus behandelt werden sollen. Was die Aetiologie und Pathologie anbelangt, so sind dies, wie gesagt, schon allgemein bekannte Thatsachen. Herr Dr. Ewald hat uns seine eigenen Erfahrungen mitgetheilt, und seine Beobachtungen über Lageveränderungen des Uterus sind — wenn auch die Zahl seiner Fälle eine nur geringe ist — doch günstiger, wie ich selbst sie gemacht habe. Bezüglich der operativen Eingriffe, so ist dies Geschmackssache. Ich für meinen Theil würde die Verkürzung der Ligamenta rotunda, wie sie von Werthheimer empfohlen wurde, der Ventrifixation vorziehen. — Dr. F. Grosse: Ich möchte den Herrn Vortragenden fragen, ob er Versuche mit kalten Sitzbädern gemacht hat. Wenn er dies thun würde, würden jedenfalls seine Anschauungen in mancher Hinsicht geändert werden. — Dr. Brettauer: Ich glaube auch, dass wir Dr. Ewald dankbar sein können, dass er diese fleissige Zusammenstellung uns vorgeführt hat. Es berührt, mich wenigstens, freudigst, zu hören, dass jetzt von der früheren Vieloperirerei abgegangen wird. Ich erinnere mich sehr gut, wie vor einigen Jahren Statistiken über 300 und 400 operirte Fälle von beweglichen Lageveränderungen des Uterus erschienen. Natürlich liess die Reaction nicht lange auf sich warten, und ich glaube, die Mehrzahl der Collegen kommt auf den conservativen Standpunkt, den ich niemals verlassen habe. Was mich eigentlich bewogen hat, aufzustehen, waren die Bemerkungen des

Vorredners. Ich möchte gerne von ihm Näheres über die Punkte, die er angedeutet hat, hören. — Dr. von Ramdohr: Ich danke ebenfalls Herrn Dr. Ewald für das ausgezeichnete Resumé, welches er uns gegeben hat. Wenn ich mich nicht irre, hat er einen Punkt nicht erwähnt, nämlich die Lagerung der Patienten für Behandlung bei Retrodeviationen. Meiner Meinung nach ist die Lagerung, Schulter-Knielage, vorausgesetzt, dass sie regelmässig Morgens und Abends eingehalten wird, von dem allergrössten Werthe für die Behandlung der Retrodeviation. Den Sondengebrauch für Reposition verwerfe ich absolut. Denn, wenn man die Sonde wie gewöhnlich combinirt gebraucht, kann man sie nicht steril verwenden, und wenn die Sonde nicht steril eingeführt wird, hat man keine Garantie, dass nicht septische Processe oder sonstige Entzündungen dadurch herbeigeführt werden. — Dr. Boldt: Auch mich interessirt es, von Herrn Dr. Grosse näher zu hören, was er mit seinen Andeutungen gemeint hat, und ich möchte mich daher dem Wunsche des Herrn Dr. Brettauer anschliessen. — Dr. F. Grosse: Ich kann mich natürlich in dieser Sache hier nur kurz fassen. Ich möchte nur bemerken, dass soweit das Puerperium in Betracht kommt, kalte Sitzbäder eine prophylactische Bedeutung haben. Ferner hat Dr. Ewald betont, dass der Uterus nur eine passive Rolle spiele, dagegen den Bändern eine grosse Bedeutung zukomme. Diese Bänder nun enthalten zum Theil Muskelelemente, aber auch soweit sie diese nicht besitzen, sind sie doch entschieden der Beeinflussung durch Sitzbäder unterworfen und zwar in sehr hohem Grade. Wenn wir uns vergegenwärtigen, dass z. B. im Wochenbett der Uterus durch ein kaltes Sitzbad stark zusammengezogen wird, so können wir uns vorstellen, dass auch ein erschlaffter Uterus durch die Behandlung mit kalten Sitzbädern beeinflusst wird. Wenn wir uns weiter vergegenwärtigen, welchen Einfluss kalte Sitzbäder auf Blutungen haben, dürfen wir wohl erwarten, dass eine Abhandlung über Therapie der Lageveränderungen des Uterus dieser Punkte Erwähnung thut. Vielleicht werde ich auf diese Dinge später einmal in einem besonderen Vortrage zurückkommen. — Dr. Ewald (Schlusswort): Bezüglich der Therapie habe ich in meinem Vortrage die Hydrotherapie voll gewürdigt. Was kalte Bäder bei einem erschlafften Uterus leisten sollen, weiss ich nicht; ebenso scheint es mir ein sehr zweifelhaftes Unternehmen zu sein, einer schwangeren Frau prophylactisch kalte Sitzbäder zu verordnen. Ich danke Herrn Dr. von Ramdohr für die Erwähnung der Knieellenbogen-Lagerung bei Retrodeviation. Ich habe die erwähnte Lagerung verschiedene Male selbst in Anwendung gezogen und hat mir dieselbe gute Dienste geleistet. Was den Gebrauch der Sonde betrifft, so soll dieselbe natürlich nur als Führer und nur unter den strengsten aseptischen Cautelen benützt werden.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es hat in diesem Sommer der Tod ziemlich unter uns gegrast. Wir haben von unseren Mitgliedern Dr. Max Bracker verloren, der vielen von Ihnen als älteres Mitglied bekannt war und seit dem Jahre 1885 unserer Gesellschaft angehörte. Wir haben ferner unter unseren Ehrenmitgliedern ausserordentlich schwere Verluste gehabt. Es war meine traurige Pflicht, hier noch im Frühsommer den Tod Kussmaul's zu erwähnen. Jetzt ist es wiederum meine traurige Pflicht, den Tod Gerhardt's und Virchow's hervorzuheben. Gerhardt ist Ende Juli in seinem 66. Lebensjahre gestorben. Wie Sie wissen, nahm Gerhardt eine ganz aussergewöhnliche Stellung sowohl als docirender Kliniker, wie als practischer Arzt ein, eine Stellung, die wohl in der Geschichte der Medicin immer fortleben wird. Es wird wohl die Gesammtgeschichte der Medicin nicht geschrieben werden können, ohne dass Gerhardt's Name immer wieder hervorgehoben wird als allgemeiner Arzt, Pädiater und Neurologe. Kaum hatte man sich erholt von dieser Nachricht, da kam die Hiobsbotschaft vom Tode Virchow's, der am 5. September eingetreten war. Ich brauche sehr wenig von seinem bekannten Leben hier hervorzuheben, nur einige Daten, die uns als Gesellschaft interessiren. Mit dem zunehmenden Alter Virchow's drängte sich Alles, um ihm Ehrenbezeigungen entgegenzubringen. So wurde im Jahre 1891 sein 70. Geburtstag gefeiert, sodann im Jahre 1893 die goldene Medaille gestiftet zu Ehren seines 50jährigen Doctorjubiläums, 1897 zu Ehren seines 50jährigen Jubiläums als Lehrer, und dann wurde im letzten Jahre sein 80. Geburtstag festlich begangen. An fast allen dieser Feiern haben wir als Gesellschaft direct oder indirect Theil genommen, und wir können nur stolz sein, dass der grösste Naturforscher des Jahrhunderts auf unserer Ehrentafel als Mitglied stand. Ich möchte die Herren bitten, zum Andenken an unser Mitglied Max Bracker und an unsere Ehrenmitglieder Gerhardt und Virchow sich von ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Dr. Gleitsmann: Mir ist nichts bekannt, dass Dr. F. Lange als Mitglied des Hülfscomités resignirt hat. Wenn dies der Fall ist, möchte ich den Herrn Präsidenten bitten, an seiner Stelle ein anderes Mitglied zu ernennen.

Präsident Dr. Geo. Jacoby: Dr. F. Lange hat als Mitglied des Hülfscomités resignirt, ich hatte jedoch von vorneherein beabsichtigt, diese Angelegenheit in einer Verwaltungsrathssitzung zu erledigen.

Als Mitglieder wurden vorgeschlagen: Dr. Josef Davidson und Dr. Bodog F. Beck

Hierauf erfolgte Schluss und Vertagung.

Dr. J. A. Beuermann, prot. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber die *Wirkung eines neuen, geschmacklosen Chininpraeparates, des Salochinins, auf die Malaria,* berichtet Sandor v. Kolozsvary (Die Heilkunde, 1902 No. 9). Salochinin, der Salicylsäureesther des Chinins, ist ein geruch- und geschmackloses, Pulver. Der Schmelzpunkt des Präparates liegt bei 138 Grad, dasselbe ist leicht löslich in heissem Alcohol und Benzol, schwer löslich in Aether und kaltem Alcohol. Die alcoholische Lösung giebt mit Fe_2Cl_6 braunrothe Färbung, bei der Verseifung findet Salicylabspaltung statt, die durch die Eisenchloridreaction nachweisbar ist. In Soda ist die Verbindung unlöslich.

Die mit dem Präparate angestellten klinischen Untersuchungen ergaben äusserst günstige Resultate. Dasselbe wurde von sämmtlichen Kranken mit Ausnahme eines einzigen als geschmacklos befunden und zog in keinem Falle irgend welche unangenehme Nachwirkungen, wie Kopfschmerzen, Ohrensausen etc. nach sich. Was die Wirkung des Mittels anbelangt, so hat sich dasselbe nach K. gegen Malaria als ein Specificum ersten Ranges bewährt und hat vor dem Chinin zwei Vorzüge: erstens die Geschmacklosigkeit, zweitens das Fehlen von Nebenwirkungen. Ausserdem wurde das Mittel auch bei einigen Typhusfällen versucht und zwar derart, dass es mit Chininum sulfuricum abwechselnd verabreicht wurde. Die antipyretische Wirkung war bei beiden Mitteln fast gleich, die Wirkung erfolgte nicht in dem Maasse, wie z. B. nach Antipyrin oder Phenacetin, dagegen war sie anhaltender, so dass die Temperatur häufig erst nach 3—4 Tagen wieder anstieg.

— *Heroinum hydrochloricum als Anaphrosidiacum.* A. Strauss in Barmen berichtet über das Resultat von Versuchen, welche er mit dem Heroinum hydrochloricum bei sexuellen Erregungszuständen, sowie bei gesteigerten und schmerzhaften Erectionen erzielte. Zuerst prüfte er das Mittel in einer Reihe von Fällen von Pollutiones nimiae. In allen diesen Fällen nahmen die Pollutionen unter der Einwirkung des Heroins an Häufigkeit schnell ab. Im Allgemeinen gab St. in der ersten Woche jeden Abend ein Pulver zu 0,01 Heroin und liess dann, je nach der Häufigkeit, 2—3 Abende pausiren. Natürlich liess er auch die sonst üblichen allgemeinen Vorschriften bezüglich Diät, Art des Schlafes etc. von den Patienten beobachten. In Allem gewann St. die Ueberzeugung, dass das Heroin in derartigen Fällen von derselben guten Wirkung ist, wie das Bromkali in Verbindung mit Campher und Lupulin. Eine zweite Gruppe von Fällen erstreckte sich auf jene Formen von sexueller Neurasthenie, in denen es infolge von geschlechtlichen Ausschweifungen zu physischer Impotenz, zu Samenfluss und zu jenen nervösen Beschwerden gekommen war, die meist die Folge von Onanie sind: Schwäche, Mangel an Selbstbewusstsein, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Gedächtnissschwäche etc. Hier wirkte in 4 Fällen das Heroin nicht so prompt, wie in den Fällen gesteigerter Pollutionen. In einem Falle liess es ganz im Stiche; die hier vorhandene Spermatorrhoe wich nicht, obwohl St. mit der Heroinbehandlung

Instillationen mit Argentum nitricum auf den Samenhügel verband. Dagegen hatte es, in derselben Form angewandt, in einem anderen Falle eine schnelle und nachhaltige Wirkung, indem der betr. junge Mann im Verlaufe einiger Wochen vollständig geheilt wurde. Eine dritte Gruppe von Erkrankungen der Harnwege betraf das grosse Gebiet der Gonorrhoe mit ihren Begleiterscheinungen. Fast stets sah St. gute Erfolge. Die Schmerzen liessen nach, die Erectionen desgleichen, die Kranken wurden ruhiger und auch die entzündlichen Erscheinungen schienen günstig beeinflusst worden zu sein. Selbstverständlich bildete eine allgemeine und örtliche Therapie die Hauptbehandlung, aber es war jedenfalls das Heroin ein wichtiges Unterstützungsmittel derselben, und kann dasselbe besonders in abendlichen Dosen zu 0,01 innerlich oder in Form von Suppositorien warm empfohlen werden. Endlich prüfte St. das Heroin bei operativen Eingriffen, bei denen Erectionen und Schmerzen im Gefolge sind, namentlich bei Phimosenoperationen, welche unter dem Verbande oft schmerzhafte Erectionen und Schlaflosigkeit zur Folge haben. Hier wirkte das Heroin sehr besänftigend, beruhigend und schlafbringend. Einige Male wirkte es besser als Sulfonal oder Bromkali.

St. kommt daher zur Ueberzeugung, dass sich das Heroin jedenfalls ausgezeichnet für alle jene Fälle in der Urologie eignet, bei denen es sich darum handelt, entzündliche und schmerzhafte Zustände günstig zu beeinflussen. In allen Fällen wurde das Mittel anstandslos vertragen; irgendwelche unangenehme Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet. Auch auf den Verdauungstractus blieb es ohne den ungünstigen obstipirenden Einfluss des Morphins. (Münchener med. Wochenschr., 1902, No. 36.)

— Dr. Unna's *Dermatologische Preisaufgabe.* Der für 1902 ausgeschriebene Preis konnte nicht ertheilt werden. Es wird desshalb die gleiche Aufgabe auch für 1903 gestellt und der Preis auf 600 Mark erhöht. Das Thema lautet demnach wiederum:

„Es soll eine genaue culturelle und microscopische Beschreibung des als Diclimatericus albus flavus (Typus Traubel) bekannten, bei feuchten Eczemen häufig vorkommenden Coccus geliefert werden mit besonderer Berücksichtigung seiner culturellen und microscopischen Merkmale gegenüber denjenigen der eitererregenden und zur Sepsis führenden Staphylococcen."

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang December 1903 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzuschicken. Sie ist mit einem Kennwort (Motto) zu versehen; das gleiche Kennwort ist auf der Hülle eines beizulgenden Briefes, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält, anzubringen.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, März 1903. No. 3.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber Gewebswiderstände bei Carcinomen mit starker Zellproliferation.*)

Von Dr. F. Maass.

Der Grad der Bösartigkeit der Carcinome wie der malignen Geschwülste überhaupt steht in einem directen Abhängigkeitsverhältniss zu der mehr oder minder starken Zellproliferation. Der Scirrhus der Mamma und noch mehr das oberflächliche Hautepitheliom haben als langsam wachsende Geschwülste gewöhnlich einen relativ gutartigen Character. Ob diese Unterschiede ihren letzten Grund in den Eigenschaften der Tumorzellen selbst oder in hemmenden Einflüssen der umgebenden Gewebe haben, ist eine vielbesprochene und schwer zu entscheidende Frage. Man kann den Zellen nicht ansehen, ob sie stark oder schwach proliferationsfähig sind. Mehr Einblick in die angedeuteten Verhältnisse scheinen mir unter Umständen rascher wachsende Geschwülste zu gestatten. Man macht nicht so ganz selten die Erfahrung, dass diese letzteren einen unerwartet gutartigen Verlauf nehmen. Auf Grund einiger derartiger Beobachtungen möchte ich die Frage der Gewebswiderstände gegen Carcinome erörtern. Nicht allein aus theoretischem Interesse, sondern weil die Anschauung, welche den Arzt in dieser Hinsicht beherrscht, einen Einfluss auf seine therapeutischen Maassnahmen haben muss.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York, am 1. December 1902.

Der erste Fall betrifft eine Patientin von 63 Jahren mit einem annähernd faustgrossen, pilzförmigen Epitheliom der Kopfhaut. Die Ränder der Geschwulst überragten die normale Haut 1—2 Ctm. breit. Die Frau gab an, dass vor 15 Jahren von einem Arzt an derselben Stelle eine kleine Geschwulst entfernt worden sei. Die Operationswunde heilte nicht und im Laufe der Jahre entwickelte sich unter dauernder Eiterung obige Geschwulst. Die Behandlung bestand in Aetzungen und antiseptischen Umschlägen. Im Hinblick auf die lange Dauer machte ich die microscopische Untersuchung eines excidirten Stückes, wodurch die Diagnose Epitheliom unzweifelhaft festgestellt wurde. Wenn ein Tumor in 15 Jahren nur die Grösse einer Faust erreicht, so wird ihn jeder ohne Besinnen als einen langsam wachsenden ansehen. Muss nun diese im Vergleich mit dem Zeitraum geringe Grössenzunahme auch eine schwache Zellproliferation bedeuten? Ich glaube nicht. Mit der anhaltenden Eiterung und zeitweise starken Jauchung, den wiederholten Aetzungen ist zweifellos ein andauernder Zellverlust einhergegangen. Um diesen zu ersetzen und dennoch eine Vergrösserung der Geschwulst zu bewirken reicht eine träge Zellvermehrung nicht aus. Ich operirte breit im Gesunden, aber ohne Drüsenexstirpation, weil solche nicht fühlbar waren. Es bestanden nirgends Verwachsungen mit dem Knochen. Die Kranke war 4 Jahre später noch ganz gesund. Man mag vielleicht einwenden, dass der Tumor erst kürzlich aus einem gutartigen in einen bösartigen überging, eine Behauptung, die sich nicht widerlegen lässt. Zur Zeit der Operation bestand der Tumor durchgehends aus Carcinom, musste also unter letzterer Voraussetzung eine noch viel stärkere Zellproliferation gehabt haben. Warum nun blieb er local und relativ gutartig, obwohl er die Grundbedingung für einen recht bösartigen Charakter, starke Zellvermehrung, besass.

Die einzige erklärende Annahme, welche nicht mit carcinomungünstigen Gewebseigenschaften rechnet, scheint mir die zu sein, dass die Zellen in obigem Falle durch Kerntheilungsgesetze gezwungen waren, sich entweder nur in der zur Körperoberfläche parallelen Richtung oder nach aussen hin zu vermehren. Durch das Drängen der wuchernden Zellen gegeneinander, wie es hier bei der Ueberzahl von Individuen auf beschränktem Raume stattgefunden haben muss, werden Zellgruppen aus ihrer ursprüng-

lichen Lage verschoben, mithin ihre Wachsthumsrichtungen geändert worden sein. Dass diese Zellen sich dann in anderer Richtung theilten oder aufhörten sich zu theilen, hat nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich. Mit der Annahme, dass die Zellen zwar im Stande waren, in die Gewebe einzudringen, sich aber auf dem fremden Boden nicht vermehren konnten, stösst man schon wieder auf Gewebswiderstände. Wenn nämlich Abkömmlinge so stark wuchernder Zellen nach ihrer Verpflanzung die Vermehrung verlangsamen oder ganz aufgeben, so kann das nur an den Geweben liegen, indem sie entweder den Eindringlingen nicht genügend Nährmaterial bieten, die Kraft haben, es selbst an sich zu ziehen, oder indem sie durch ihren Stoffwechsel lähmende Substanzen absondern. Es scheint also, dass Gewebswiderstände die beste, wenn auch nicht die einzige Erklärung für die Gutartigkeit des obigen Carcinoms abgeben.

Der zweite hier zu erörternde Fall betrifft ein weit vorgeschrittenes Lippencarcinom bei einem 60 Jahre alten Farmer. Der Tumor kam zur Behandlung, als er etwa Bohnengrösse erreicht hatte, und wurden von Krebsspecialisten für etwa ein Jahr locale Applicationen gemacht. Als dem Kranken das Aussichtslose dieser Behandlung klar wurde, war der Zustand folgender: Fast die ganze Unterlippe und die Kinnhaut waren zerstört. An ihrer Stelle bestand ein jauchendes Krebsgeschwür, über das dauernd der Speichel floss. Unter dem Kinn lag ein Packet von harten Drüsen, deren einzelne die Grösse einer Haselnuss erreichten. Das ganze Geschwür und zum Theil auch die Drüsen waren mit dem Unterkiefer fest verwachsen. Der Allgemeinzustand des Kranken war ein nicht sehr guter. Ich entfernte die ganze Masse so breit im Gesunden, als die Verhältnisse es zuliessen, so dass die ganze Unterlippe und Kinnhaut, das Mittelstück des Unterkiefers und ein entsprechendes Stück des Mundbodens fortfiel. Bis auf Drainage nach unten wurde die Wunde ohne Plastik zugenäht, was bei dem Fehlen des mittleren Unterkiefertheiles gut ging. Der nur aus der Oberlippe gebildete Mund formte sich so zurecht, dass der Kranke gut sprechen und feste Nahrung nehmen konnte. Die Oeffnung war gross genug, dass ich durch dieselbe noch Backenzähne ausziehen konnte. Dass hier ein Recidiv eintrat wird niemand überraschen. Sechs Monate nach der ersten Operation entfernte ich die der Kinngegend entsprechende Haut

mit allem Gewebe zwischen den Kieferenden, aber ohne Eröffnung des Mundbodens. Es schien so reichlich im Gesunden operirt zu sein. Die microscopische Untersuchung aber ergab in den letzt abgetragenen Stückchen noch kleine unzweifelhafte Krebsnester, so dass die Hoffnung, alles Kranke erreicht zu haben, sehr gering war. Nach dreieinhalb Monaten war denn auch bereits ein fast wallnussgrosser Knoten zwischen den beiden Kieferenden vorhanden. Der Tumor stand durch eine Fistel mit der Oberfläche in Verbindung. Aus dieser entleerte sich auf Druck eine weisse käsige Masse, was eine deutliche Verkleinerung der Geschwulst bewirkte. Die microscopische Untersuchung ergab nichts als wohl erhaltene Epithelzellen, kein Detritus, kein Eiter, kein Blut. In wenigen Tagen erreichte der Tumor seine ursprüngliche Grösse wieder. Dasselbe Experiment konnte ich in gleichen Zwischenräumen 3—4 mal wiederholen, immer reichliche Massen ausquetschend mit demselben microscopischen Befunde. Die Epithelwucherung schien unerschöpflich. Ich operirte zum dritten Mal, sägte die Kieferenden ab und nahm auch von dem Mundboden mit fort. Jetzt blieb wider Erwarten der Kranke gesund, wenigstens für 3½ Jahre, die ich Gelegenheit hatte, ihn zu beobachten.

Hier also waren die Zellen im Stande, in die angrenzenden Gewebe einzudringen und auch auf dem fremden Boden ebenso energisch zu wuchern, wie auf dem ursprünglichen. Warum blieben sie dennoch auf dem engen Raum beschränkt, statt sich nach allen Richtungen auszubreiten? Liegt die Ursache in einer Tendenz der Zellen, sich um ein Centrum zu gruppiren, in einem Aneinanderhaften? Wenn dies der Fall gewesen wäre, dann sollten sie auf dem ursprünglichen Boden geblieben sein, statt die grosse Neigung zur Bildung isolirter Knoten zu zeigen. Diese von einander zum Theil sehr deutlich getrennten Herde sprechen auch gegen ein Abschnüren von Zellen durch die Gewebe. Ein derartiger Vorgang sollte doch zu mehr compacter Geschwulstbildung geführt haben. Dieser Einwand liesse sich eher bei dem vorigen Fall machen, wo ich, um Wiederholungen zu vermeiden, nicht darauf einging. Die Erklärung stützt sich damit auch wieder auf Gewebswiderstände, indem die Gewebe dem Tumor gegenüber geschlossen blieben, statt in ihn hineinzuwachsen. Bei dem Lippencarcinom hat man je-

denfalls mehr den Eindruck eines allmählich überwundenen Gewebswiderstandes gegenüber dem aggressiven Tumor, als den der erwähnten anderen Möglichkeiten.

Der für die beiden obigen Fälle sehr wahrscheinliche Gewebswiderstand hat sich nun nur insofern geäussert, als er das Eindringen der Carcinomzellen in die Umgebung verhinderte oder beschränkte. Es ist nicht das geringste Anzeichen für einen die Zellvermehrung hemmenden Einfluss vorhanden. Wie steht es unter dieser Voraussetzung mit eventuellen Metastasen? War der Abschluss ein so vollständiger, dass es keiner Epithelzelle gelang in die Lymph- oder Blutbahn einzudringen? Wenn nicht, was wurde aus den in die Ferne verstreuten Keimen? Der Verlauf zeigt bei beiden Kranken, dass entfernte Metastasen entweder nicht eintraten, gar nicht wuchsen oder wenigstens ein viel langsameres Wachsthum zeigten als die primären Tumoren und regionären Recidive. Es mussten demnach andere Gewebe der beiden Kranken im Stande gewesen sein auch die Zellvermehrung zu hemmen.

Eine Stütze für die Annahme zellproliferationshemmender Gewebseinflüsse bieten Beobachtungen, von denen die folgende ein sehr markantes Beispiel ist. Es handelt sich um einen 35 Jahre alten Arzt. Er war früher gesund gewesen, abgesehen von chronischem Ohrausfluss, der nach Masern zurückgeblieben war. Etwa ein Jahr bevor sein Carcinom erkannt wurde, litt er gelegentlich an Magenschmerzen und ein halb Jahr später begann er an Gewicht zu verlieren. Icterus und Erbrechen waren niemals vorhanden. Patient war blass und mager. Wiederholte chemische und microscopische Untersuchung des Mageninhaltes ergaben nichts als Hyperacidität. Appetit fehlte ganz. Temperatur war meist gegen 99, gelegentlich 102. Starke Schweisse. Leberrand stumpf, weich; 3 Finger breit unter dem Rippenrand deutlich fühlbar. In der Gegend der Gallenblase haselnussgrosse, weiche Prominenz im Leberrand. Starke locale deutlich sicht- und fühlbare Anschwellung von sehr weicher Beschaffenheit im linken Leberlappen. Im Rectum war nichts zu fühlen. Keine Stuhlbeschwerden. Auf Grund der Schweisse und Temperatursteigerung schien mir ein Leberabscess möglich. Bei der Probelaparotomie konnte ich ausser einem grossen, weissen, ganz weichen Lebertumor nichts fest-

stellen. Nach etwa 2 Wochen starb der Kranke. Die Section ergab folgendes: Die Bauchhöhle war frei von entzündlichen Erscheinungen. Bei genauer äusserer und durch einen Schlitz innerer Betastung des Magens und seiner Umgebung war nichts fühlbar als mässig vergrösserte Pylorusdrüsen. Der Pylorus selbst fühlte sich weich an und war für den Finger leicht durchgängig. Nach Herausnahme und breiter Eröffnung des Magens fand ich ein flaches, weiches Geschwür in der Pylorusgegend etwa 1½ Ctm. im Durchmesser mit kaum erhabenen Rändern, macroscopisch gutartig aussehend. Die Pylorusdrüsen waren höchstens bohnengross, der Lebertumor mindestens zweifaustgross und von fast flüssiger Beschaffenheit. Bei der microscopischen Untersuchung des Magengeschwüres fand ich entsprechend dem Geschwürsrand deutliche Carcinomnester in der Magenwand. Schnitte von den Drüsen und dem Lebertumor gaben histologisch dasselbe Bild wie die von dem Magencarcinom. Also ein unscheinbares, macroscopisch nicht zu diagnosticirendes Magencarcinom mit kleinen Drüsen- und einer mächtigen Lebermetastase. — Warum wucherten dieselben Zellen, welche in Magenwand und Drüsen nur unbedeutende Zellanhäufungen zu Wege brachten, so schrankenlos in der Leber? Kann man annehmen, dass die Zellen in der Magenwand und in den Drüsen an sich diese Fähigkeit nicht hatten? Da es sich an diesen drei Stellen um dieselben Zellen, aber um verschiedene Gewebe handelte, kann die Ursache des Unterschiedes eigentlich nur in den letzteren gesucht werden. Wenn man nicht etwa annehmen will, dass die neugebildeten Zellen aus Drüsen und Magenwand immer sofort in die Leber abgeschwemmt wurden. Das könnte nur mit einem sehr flüssigen Material und bei reichen Communicationswegen möglich sein, Bedingungen, die man sich für diese Verhältnisse schwer vorstellen kann. Die viel natürlichere Annahme ist jedenfalls, dass die Unterschiede in der Zellanhäufung auf Unterschieden in Zellwucherung beruhen und dass diese auf ungünstige Bedingungen ausserhalb der Tumorzellen, Widerstände in den Geweben, oder wie man es sonst nennen will, zurückzuführen sind. Wenn also derartige Beobachtungen es mindestens sehr wahrscheinlich machen, dass gewisse Gewebe in demselben Organismus das Wachsthum der Carcinomzellen zu hemmen vermögen, während andere

höchstens im Stande sind, wuchernden Zellen auf beschränktem Raume festzuhalten, dann erscheinen die oben mitgetheilten Fälle auch in etwas anderem Lichte. Es ist sehr wohl möglich, dass vereinzelte Zellen, vielleicht sogar zahlreiche Zellen, über den ganzen Körper ausgestreut wurden, das ihnen aber die Gewebe ein Wachsthum wie an dem ursprünglichen Sitze nicht gestatteten. Dass ein derartiger wachsthumhemmender Einfluss für Jahre vorhalten kann, bis er endlich erlahmt und der immer noch vermehrungsfähigen, vielleicht langsam verjüngten Epithelzelle ein rascheres Weiterwachsen gestattet, wird durch Spätrecidive sehr wahrscheinlich gemacht.

Darf man nun noch einen Schritt weiter gehen und annehmen, dass in den oben erwähnten Fällen vollständig lebensfähige Carcinomzellen von dem Mutterboden losgerissen zu Grunde gingen, weil sie in anderen Organen nicht die zu ihrer Ernährung nothwendige Bedingung fanden, die Kranken also für immer gesund bleiben werden? Diese Frage scheint mir nicht nur schwierig, sondern unmöglich zu beantworten. Ich möchte mich darauf beschränken, eine Arbeit zu erwähnen, die in dieser Hinsicht besonders interessant ist. Goldmann berichtet unter dem Titel „Anatomische Untersuchungen über die Verbreitungswege der bösartigen Geschwülste", Bruns Beiträge zur Chir., Bd. 18, Hft. III., dass sowohl Carcinome, wie Sarcome schon früh in die Venenlumina hineinwachsen. Sarcome machen dem entsprechend auch schon früh Blutbahnmetastasen, Carcinome lange nicht in dem Maasse. Werden die Carcinomzellen schwerer losgerissen als die Sarcomzellen, oder finden sie schwerer einen geeigneten Boden? Ich möchte das letztere für wahrscheinlicher halten.

Ich habe mich bemüht, in den obigen Fällen die operativen Erfolge auf die Widerstandskraft der Gewebe gegen die wuchernden Carcinomzellen zurückzuführen. Es kam mir darauf an, nachzuweisen, dass derartige Schutzkräfte so energisch sein können, dass sie therapeutisch werthvoll sind. Es sollte nicht das Vorhandensein von Defensivmitteln des Organismus gegen Carcinom überhaupt nachgewiesen werden. An der Existenz derselben wird wohl niemand ernstlich zweifeln.

Wenn nun die Abwehrmittel des Körpers so energisch sein können, wie es in obigen Fällen den Anschein hat, wie soll man

sich bei der Behandlung Krebskranker ihnen gegenüber verhalten?

Ist man zunächst berechtigt, in Fällen, in denen die starke Zellwucherung durch Schutzkräfte ganz unschädlich gemacht zu sein scheint, andere Methoden als die operative Behandlung anzuwenden? Ich möchte die Frage bejahen unter der Bedingung, dass derartige Versuche nicht so weit getrieben werden, wie in dem Lippencarcinom, und dass dem Kranken mitgetheilt wird, dass in dieser Zeit eine Verschleppung in ein Organ erfolgen kann, welches weniger Widerstandskraft hat, als das primär afficirte. Es ist eine zulässige Concession an einen die Operation fürchtenden Patienten und an den Wunsch des Arztes, neue Vorschläge zu prüfen.

Bei den nicht operativen Behandlungsmethoden muss man aber im Auge behalten, dass die Gewebswiderstände dadurch geschädigt werden können. Es ist immer das Bestreben gewesen, die Epithelzellen des Tumors zu zerstören. Da ihnen anscheinend eine verringerte Vitalität inne wohnte, sollten sie durch die verschiedensten Agentien leichter zerstört werden, als die Zellen des umgebenden Gewebes. Wenn man sich die Erfolge derartiger Therapien ansieht, erscheint die so zweckmässig verringerte Vitalität der Carcinomzellen doch in sehr zweifelhaftem Lichte. Trotz energischer Mittel ist bisher, ausgenommen bei sehr langsam wachsenden und oberflächlichen Hautcarcinomen, so gut wie nichts erreicht worden. Wenn nun die Carcinomzellen so schwer zerstörbar sind, ist dasselbe der Fall mit den Gewebswiderständen? Beruht die Erfolglosigkeit der Behandlung nicht darauf, dass diese stärker geschädigt werden, als ihre Angreifer? Um diese Frage beantworten zu können, muss die Behandlungsweise danach eingerichtet werden. Zu derartigen Versuchen eignen sich aber nicht unoperirte Fälle, weil hier immer zur Zerstörung des primären, inoperablen Tumors energische Mittel gewählt werden müssen. Das geeignete Feld bietet die Behandlung nach der Operation. Die unbedeutenden, oft nur microscopischen Reste lassen schon eher erwarten, dass schwache, nicht gewebsschädigende Mittel einen zerstörenden Einfluss auf sie ausüben. In dieser Weise habe ich wiederholt nach Coley's Vorschlag die Erysipelas - Prodigiosus-Mischung angewandt. Der Patient mit dem Lippencarcinom

ist einer davon, und zwar wurde er in der Zeit zwischen der zweiten und dritten Operation so behandelt. Das nächste Recidiv wurde zwar nicht verhindert, die Operation desselben scheint aber einen unerwarteten Dauererfolg gebracht zu haben. Ist das durch die Coley-Injectionen zu erklären? Wenn dies der Fall ist, kann es sich jedenfalls nicht um einen die Epithelzellen schädigenden specifischen Einfluss auf dieselben handeln. Sie wucherten nach der Injection mindestens ebenso stark, wenn nicht stärker, als zuvor. Es drängt sich naturgemäss die Frage auf, ob es nicht vielmehr der günstige Einfluss der durch die schwache entzündliche Neigung gesteigerten Gewebswiderstände ist, welcher hier zur Geltung kam.

So bestechend diese Erklärung auch erscheint, gegen ihre Richtigkeit lässt sich vor allem folgendes anführen: Es wurde oben erwähnt, dass dem Kranken dauernd der Speichel aus dem Munde über die Wunde gelaufen sei. Dies, in Verbindung mit der Eiterung, bedingt schon einen erheblichen Kraftverlust. Die Incontinenz des Mundes erschwerte auch die Nahrungsaufnahme, so dass auch dadurch der Organismus geschädigt wurde. Nach der ersten Operation fielen diese Nachtheile fort und besserte sich der Allgemeinzustand des Kranken erheblich. Es scheint mir wahrscheinlicher, dass die Steigerung der Widerstände hierauf beruht, als auf der Wirkung der Injectionen. Nichtsdestoweniger lohnen sich wohl weitere Versuche in dieser Richtung.

Wie sehr ein richtiges Verhältniss zwischen Einnahmen und Ausgaben des Körpers eventuelle Widerstände gegen wuchernde Carcinome beeinflussen kann, deutet sich vielleicht auch in dem Magen-Lebercarcinom-Falle an. Der Kranke hatte eine gute, aber ausschliesslich in der Sprechstunde abzufertigende Praxis. Sein gelegentlich schlechtes Befinden schrieb er dem Mangel an Bewegung zu und machte oft Abends Dauerläufe bis zur Erschöpfung. Das rapide Wachsthum des Carcinoms hiermit in Beziehung zu bringen, liegt sehr nahe. Es würde sich dabei zwar nicht nothgedrungen, aber mit grösserer Wahrscheinlichkeit um eine Herabsetzung der Widerstände, als um eine Steigerung des Wachsthumsreizes handeln.

Wie viel man durch systematische Regelung der Lebensweise Carcinomkranker erreichen kann, ist schwer zu sagen. Nach

meiner persönlichen Erfahrung scheint es mehr zu sein, als von vielen angenommen wird. Ich habe seit längerer Zeit versucht, meine Kranken nach der Operation entsprechend den bei beginnender Tuberculose so erfolgreichen Methoden zu behandeln. Also im Wesentlichen mit Ruhe und guter Ernährung. Wenn irgend möglich, versuchte ich die Kranken zur Aufgabe ihrer Berufsgeschäfte wenigstens für die Zeit wo die meisten Recidive eintraten, ½—1 Jahr nach der Operation, zu bewegen und dann nur ihrer Gesundheit zu leben. Es handeln sicher viele Andere ebenso, doch scheint mir in der medicinischen Presse nicht genügend Nachdruck darauf gelegt zu werden. Schickt man den Kranken aus der Stadt, dann muss er anfangs mindestens alle 4 Wochen, später seltener genau untersucht werden, damit Recidive sofort entfernt werden können. Wenn man in der Entfernung von Recidiven beharrlich ist, lässt sich öfter, wie obiger Fall zeigt, unerwartet gutes erreichen. Im Vertrauen auf die Hülfe eines gutgepflegten Organismus kann man oft noch an scheinbar inoperable Geschwülste herangehen. Ich erinnere an die Erfolge, welche zum Beispiel Czerny mit seiner Behandlung inoperabler Carcinome erzielt hat. Bei seiner Methode kann es sich nicht um radicale Entfernung oder vollständige Tödtung aller Keime gehandelt haben. Dennoch sind einzelne Fälle scheinbar dauernd geheilt. Auch hierfür bieten Gewebswiderstände die beste Erklärung. Wenn man auch keine zweifellosen Beweise für Existenz, Stärke der Schutzkräfte und ihre Zugänglichkeit für therapeutische Maassnahmen beibringen kann, so spricht doch so vieles dafür, dass man ihnen bei der Behandlung volle Aufmerksamkeit schenken sollte.

Ueber die Einrichtung von medicinischen Privatbibliotheken.

Von Dr. W. Mueller.

Beati possidentes! Aber glücklicher noch als jene Selbstzufriedenen, welche wie der viel citirte Aesculapjünger, der als ein fertiger Mann seine Bildung ein für allemal abgeschlossen

wähnend nach des Rigorosums Plage seine Bücher eiligst beim Antiquar in den nervus rerum umsetzte, der Bücher überhaupt nicht bedürfen, weil sie das ganze Wissen und Können ihrer Zeit im Kopfe zu haben glauben, sind die weniger Vollkommenen — und zu ihnen müssen wir uns wohl alle rechnen —, welche mittels planmässiger Benutzung der in einer wohlgeordneten Büchersammlung aufgehäuften Schätze der Literatur die Mängel und Lücken ihres Wissens und Könnens täglich auszugleichen bemüht sind. Und wenn sie, unabhängig von den öffentlichen Bibliotheken, sich für den Privatgebrauch eine Büchersammlung beschaffen können, in welcher sie Belehrung über die grossen Culturfragen finden und ihr Bildungsniveau auf der Höhe der Zeit zu halten in der Lage sind, dann wahrlich mögen sie beati possidentes genannt werden! Aber die Grundvoraussetzung der Benützung ist die zweckmässige Einrichtung, ohne welche selbst die reichhaltigste Büchersammlung nicht viel mehr als ein blosses Decorationsstück ist. Wenn ich nun diese zweckmässige Einrichtung hier einer kurzen Erörterung unterziehe, so bin ich mir vollkommen bewusst, dass meine Aufgabe sich im Wesentlichen darauf zu beschränken hat, einerseits die für Fachbibliotheken gültigen Regeln auf medicinische Bibliotheken, und andererseits die für öffentliche Bibliotheken gültigen Regeln auf Privatbibliotheken anzuwenden.

Man kann sich schliesslich ohne Catalog in jeder Büchersammlung zurechtfinden, wenn sie nach einem bestimmten Grundplane, sei es systematisch, sei es alphabetisch, oder sei es eine Verbindung dieser beiden Methoden, geordnet ist. Man kann beispielsweise in medicinischen Bibliotheken die einzelnen Regale in alphabetischer Reihenfolge mit Classenüberschriften versehen, wie: Anatomie (descriptive, pathologische, topographische, vergleichende), Bacteriologie, Balneotherapie, Botanik, Chemie, Dermatologie, Diagnostik u. s. w., und die dazu gehörigen Bücher nach den Namen der Autoren ebenfalls alphabetisch ordnen. Man bekommt auf diese Weise so viele Alphabete, als die Büchersammlung Classen hat, und da ausserdem auch die Classen alphabetisch aufeinander folgen, so wird sich ohne Mühe selbst in der grössten Büchersammlung jede gewünschte Information beschaffen lassen. Um diese Einrichtung nicht blos für den Augenblick, sondern auch für die Zukunft brauchbar zu machen, ist es

selbstverständlich nothwendig, von vornherein darauf Bedacht zu nehmen, dass in den einzelnen Regalen Raum für den Zuwachs an Büchern übrig bleibt.

So einfach jedoch diese Methode ist, so leidet sie dennoch an mancherlei Nachtheilen. Zunächst kann man nur diejenige periodische Literatur, welche ausschliesslich einer bestimmten Disciplin dient, in die betreffende Classe einordnen, während alle übrigen Journale mit Rücksicht auf die Mannigfaltigkeit der behandelten Gegenstände in keiner bestimmten Rubrik untergebracht werden können — es sei denn, dass die einzelnen Artikel ausgeschnitten und den betreffenden Classen zugetheilt werden. Ausserdem könnten nach dieser Methode Sammelwerke, die sich nicht auf ein bestimmtes Gebiet beschränken, wie etwa N o t h n a g e l's „Specielle Pathologie und Therapie", nicht beisammen bleiben, sondern müssten ebenfalls auf die betreffenden Classen vertheilt werden. Ein weiterer Nachtheil besteht darin, dass man ohne das Hilfsmittel eines vorzüglichen Gedächtnisses leicht in Verlegenheit kommt, wenn man feststellen will, über welche verschiedene Gegenstände derselbe Autor geschrieben hat; man würde dann gezwungen sein, die ganze Büchersammlung von Anfang bis zu Ende durchzugehen. Dieser Nachtheil fällt allerdings weg, wenn die Bibliothek ohne Rücksicht auf Classen blos alphabetisch geordnet ist, weil dann sämmtliche Publicationen desselben Autors an der gleichen Stelle vereinigt sind; dafür macht sich dann aber sofort ein anderer Mangel bemerkbar: dass man nämlich, um die Literatur über einen bestimmten Gegenstand zusammen zu bekommen, ebenfalls die ganze Bibliothek durchzugehen gezwungen ist. Diese Uebelstände leiten von selbst zu dem Schlusse, dass die zweckmässige Benützung grösserer Büchersammlungen ohne Catalog nur unter der Voraussetzung eines untrüglichen Gedächtnisses, über welches nicht viele Menschen verfügen, möglich ist.

In der That gewährt ein guter Catalog so viele Vorzüge, dass die Anordnung der Bücher in den Regalen völlig belanglos ist. Man bezeichnet die einzelnen Bücherschränke mit A, B, C u. s. w., und die einzelnen Fächer von oben nach unten mit 1, 2, 3 u. s. w. Der Standort eines jeden Buches (beispielsweise K 5) wird nun sowohl im Katalog, als auch in dem Buche genau vermerkt. Selbstredend empfiehlt sich auch nach dieser Methode die Anord-

nung der Bücher nach einem gewissen Grundplan; aber nothwendig ist es nicht.

Unter einem guten Catalog verstehen wir zunächst nicht einen Band-, sondern einen Kartencatalog. Der Bandcatalog ist nur brauchbar für solche Bibliotheken, welche keinen Zuwachs mehr bekommen; er kann auf Neuanschaffungen und die mit ihnen nothwendig werdenden Ergänzungen keine Rücksicht nehmen und verschwindet daher mehr und mehr aus den Bibliotheken. Wenn man nun die Umständlichkeit, mit welcher ein bestimmtes Buch erst im Hauptcatalog und dann in den Supplementbänden für die Nachträge gesucht werden muss, mit der Leichtigkeit vergleicht, mit welcher der aus steifen, in länglichen Kästchen alphabetisch geordneten Blättern bestehende Kartenkatalog jederzeit Einschaltungen am gehörigen Orte gestattet, dann wird man dem letzteren unbedingt den Vorzug geben.

Das wichtigste Erforderniss eines guten Cataloges ist jedoch, dass er sowohl die Namen der Autoren, als auch die von ihnen behandelten Gegenstände in einem fortlaufenden Alphabete vereinige. Ein blosser Autorencatalog genügt nicht, da man ja den Namen des Autors vergessen haben kann und alsdann nicht weiss, wo man das Buch zu suchen hat. Aber ebenso wenig befriedigt ein blosses Verzeichniss der von den Autoren behandelten Gegenstände, da man andererseits auch vergessen haben kann, worüber ein bestimmter Autor geschrieben hat. Ich erinnere mich beispielsweise eines Autors Namens „Hartmann", weiss aber nicht mehr den Gegenstand seines Buches; in diesem Falle würde mir mit einem blossen Gegenstandscatalog nicht gedient sein. Umgekehrt möchte ich mich über Ohrenkrankheiten unterrichten, kann mich aber im Augenblick nicht auf einen bestimmten Autor besinnen; hier also würde mich ein blosser Autorencatalog im Stiche lassen. Es geht daraus mit zwingender Nothwendigkeit hervor, dass jedes Buch doppelt catalogisirt werden muss: unter dem Namen des Autors, und unter der Bezeichnung der Classe, zu welcher es gehört. Das Buch Hartmann's über Ohrenkrankheiten würde demnach im Catalog durch folgende zwei Karten vertreten sein:

Hartmann, A. E 2
Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung.
5. Aufl. Illustr.
Berlin: Fischer, 1892. vii, 281 S. 8°.

Otiatrie. E 2
Hartmann, A.
Die Krankheiten des Ohres u. s. w.

Wenn derselbe Autor durch mehrere Werke vertreten ist, dann werden die Karten nach den Büchertiteln alphabetisch geordnet; dasselbe geschieht hinsichtlich der Namen der Autoren, wenn mehrere derselben über denselben Gegenstand geschrieben haben. Man findet nach dieser Methode beispielsweise unter „Virchow" in der alphabetischen Reihenfolge der Büchertitel sämmtliche Werke dieses Autors, soweit sie in der Bibliothek vorhanden sind; andererseits unter „Anatomie (pathologische)" in der alphabetischen Reihenfolge der Autoren sämmtliche Werke, die über diesen Gegenstand veröffentlicht worden und in der Bibliothek enthalten sind. Nach derselben Methode werden nicht nur die Bücher, sondern auch die Monographien und wichtigen Journal-Artikel (mit Angabe des Jahrgangs und der Nummer des betreffenden Archivs u. s. w.) catalogisirt. Die periodische Literatur wird nach Jahrgängen und Nummern geordnet in einem besonderen Schranke aufbewahrt.

Auf jeder Karte muss der Name des Autors, der Titel des Buches (möglichst kurz), Ort und Jahr der Veröffentlichung, der Name des Verlegers, die Anzahl der Seiten und das Format (4°, 8°, 12° u. s. w.) angegeben sein; wenn das Buch zur 2., 3. u. s. w. Auflage gehört, dann wird dies bemerkt, ebenso wenn es Illustrationen enthält. Die Karte wird nun genau copirt und auf die oberste Linie die Bezeichnung der Classe, zu welcher das Buch gehört, gesetzt. Man bekommt auf diese Weise ungefähr doppelt so viele Karten, als Bücher vorhanden sind, und alle diese Karten werden, wie oben angegeben, in einem fortlaufenden Alphabet vereinigt. Wenn dasselbe Buch in mehreren, zu verschiedenen Auflagen gehörigen Exemplaren vorhanden ist, dann genügt die einmalige Catalogisirung, aber man bemerkt auf der Karte, dass die Bibliothek mehrere Exemplare enthält. Als Duplicate bezeichnet man zwei Exemplare der gleichen Auflage des gleichen Werkes.

Bei mehrbändigen Werken, die den gleichen Gegenstand behandeln, wird nicht die Anzahl der Seiten, sondern die Anzahl der Bände angegeben; ebenso bei der Journal-Literatur. Zum Beispiel:

Tillmann's, H. B 1
Lehrbuch der allg. u. spec. Chirurgie. Illustr.
Leipzig: Veit & Co., 1887—1892. 3 Bde. 8°.

Deutsche Medicinische Wochenschrift. H 6
Leipzig: G. Thieme, 1874—1902. 28 Bde. 4°.

Sammelwerke, die von mehreren Autoren verfasst sind und verschiedene Gegenstände behandeln, werden zuerst in ihrer Gesammtheit in folgender Weise katalogisirt:

Nothnagel, H.
Specielle Pathologie und Therapie. Illustr.
Wien: A. Hölder, 1899—1902. 26 Bde. 8°
Bd. 1: Jaksch, R.: Vergiftungen.
Bd. 2—5; Baginsky, A., u. a. m.; Acute Infectionskrankheiten.
Bd. 6: Mosler, F.: Thierische Parasiten.
und so weiter.

Alsdann muss noch jeder Band besonders catalogisirt werden, z. B.:

Jarisch, A.
Die Hautkrankheiten. Illustr.
Wien: A. Hölder, 1900. 2 Bde. 8°. (Nothnagel, H. Specielle Pathologie und Therapie. Bd. 24—25.)

Wenn dasselbe Werk von mehreren Autoren verfasst ist, genügt einmalige Catalogisirung mit Angabe der Namen sämmtlicher Autoren. Es ist jedoch zweckmässig, in solchem Falle Referenzkarten nach folgendem Muster anzufertigen:

Werner, B.
Siehe: Leyboldt, H. und Werner, B.
Zur Kenntniss der malignen Geschwülste u. s. w.

Es erübrigt noch die Bemerkung, dass zur Vermeidung von Unordnung jeder Zuwachs sofort catalogisirt, oder wenn er die Fortsetzung einer Serie darstellt, auf der schon vorhandenen Karte vermerkt und der alphabetischen Reihenfolge der Karten die peinlichste Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Für Specialisten schliesslich empfiehlt sich neben dem allgemeinen Catalog die Anfertigung eines besonderen Verzeichnisses der in Büchern, Zeitschriften u. s. w. zerstreuten Fachliteratur nach

gleichem Muster. Die Brauchbarkeit eines solchen Specialkataloges kann ausserdem wesentlich erhöht werden, wenn auf der Rückseite der Karten Abstracte gemacht werden, die den Vielbeschäftigten der Mühe des nochmaligen Aufsuchens und Nachlesens entheben.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Rudolph (Magdeburg): *Combinirte Behandlung der Lungentuberculose mit Kalk und Tuberkulin.*

Die Heilung der Lungentuberculose vollzieht sich, indem an Stelle des kranken Gewebes entweder eine Bindegewebswucherung tritt oder indem die afficirten Partien verkalken. Sehr häufig wirken beide Heilfactoren zusammen. Die Tendenz der Selbstheilung durch Bindegewebswucherung sucht man durch Tuberculininjection zu unterstützen. Den Kalkgehalt des Blutes zu erhöhen und dadurch die Verkalkung der Tuberkel günstig zu beeinflussen erscheint a priori ganz plausibel. Dies ist jedoch nach den Untersuchungen der Pharmacologen sehr schwierig. Unser Darmcanal vermag nicht, wie der der Vögel, grössere Kalkmengen zu resorbiren und die Wirkung des vielleicht Resorbirten kann nur gering sein, weil nahezu gleiche Quantitäten, wie durch den Darmcanal aufgenommen wurden, in den Harn übergehen. Da die Untersuchung der Pharmacologen sich ohne Zweifel auf den per os einverleibten Kalk beziehen, versuchte R. ausser per os auch per clysma dem Körper Kalk zuzuführen. Er liess Tuberculöse Abends vor dem Schlafengehen Kalkwasserclystire machen und zwar so, dass jedesmal 150—250 g Kalkwasser mit gleichen Quantitäten warmen Wassers verdünnt verbraucht werden. Die Kranken gewöhnen sich bald daran, die Flüssigkeit zu halten. Dieselbe wird prompt resorbirt und R. glaubt keinen Grund zur Annahme zu haben, dass die in der Flüssigkeit enthaltene Kalkmenge — ca. ¼ g — nicht in den Körper aufgenommen wird. Zugleich lässt er noch folgendes Pulver einnehmen:

Calc. carb.
Calc. phosphor. aa 20,0
M. D. S. 3 mal täglich ½ Theelöffel.

Eine unangenehme Nebenwirkung hat R. bei dieser Methode der Kalkeinverleibung nicht beobachtet. Er combinirt ferner diese Behandlung noch mit Tuberculininjectionen. Durch diese

wird in der kranken Partie und ihrer Umgebung ein neuer Reiz gesetzt. Zahlreiche weisse Blutkörperchen ziehen dorthin, beladen mit Theilchen des dem Blute zugeführten Kalkes. R. hat bis jetzt fünf fortgeschrittene Fälle von Lungentuberculose, bei denen sämmtlich Bacillen nachgewiesen waren, im Verlaufe eines Jahres mit der Tuberculinkalkcur behandelt. Bei einem Falle schwanden alle Symptome, die vier anderen wurden so gebessert, wie R. es zuvor nie gesehen hatte. R. ist sich wohl bewusst, dass seine Beobachtungen bezüglich seiner Methode an Anzahl und Dauer noch zu gering sind, um sichere positive Schlüsse ziehen zu können; immerhin glaubt er sich für berechtigt zu halten, seine Anschauungen über eine anzustrebende Verkalkung der Knoten resp. Bildung eines Abschlusses des localen Processes durch eine feste Umwallung mittels einer mit Kalk imprägnirten Bindegewebsschale zum Ausdruck zu bringen. (Münchener med. Wochenschr., 1902, No. 48.)

Münzer: *Bemerkungen zur Tuberculinbehandlung.*

Verf. fasst seine Ansicht bezüglich der Tuberculinanwendung in folgender Weise zusammen: 1. Die neuen Tuberculinpräparate Koch's sind, so lange die Angaben v. Niessen's nicht als unrichtig widerlegt sind, entsprechend der Ansicht dieses Autors als „sowohl für die Diagnose, wie für die Therapie grundsätzlich als gefahrvoll zu verwerfen". 2. Bezüglich des alten Tuberculins haben wir zu unterscheiden zwischen Injectionen zu diagnostischen und solchen zu therapeutischen Zwecken. Die diagnostischen Injectionen sind thunlichst zu vermeiden, da auf diese Weise latente oder vollkommen vernarbte Krankheitsherde mobil gemacht werden können und wir es nicht in der Hand haben, den einmal angefachten Krankheitsprocess zum Stillstande zu zwingen, dagegen erscheint es nach den Angaben verlässlicher Beobachter angezeigt, in vorsichtiger Weise die therapeutischen Versuche mit dem alten Tuberculin wieder aufzunehmen. (Prager med. Wochenschr., 1903, No. 13.)

Ernst Becker: *Eine neue Methode der Functionsprüfung des Plattfusses.*

Zur Beurtheilung des Plattfusses genügt es nicht, festzustellen, dass der Fuss, besonders beim Stehen, breiter und länger als normal, der Fussrücken flach erscheint, dass der innere Fussrand sich ganz auf den Boden aufstützt und in höheren Graden convex erscheint, dass die Ferse stärker nach hinten vorspringt und die Achillessehne meistens straff gespannt ist, dass unter dem prominenten inneren Knöchel ein rundlicher Vorsprung (caput tali) und noch weiter nach unten und etwas mehr nach vorn noch ein weiterer Vorsprung (Tuberositas des Kahnbeines) in die Erscheinung tritt, dass endlich bei der Betrachtung des Fusses von

hinten Achillessehne und Ferse nicht in einer geraden Linie verlaufen, sondern einen stumpfen Winkel bilden. Es sollten vielmehr in jedem Falle Sohlenabdrücke angefertigt werden. Die nach v. Volckmann's Angaben hergestellten Berussungsabdrücke, welche nachträglich durch eine Auflösung von Schellack in Spiritus fixirt werden können, haben mancherlei Uebelstände. Verf. hat daher seit Jahresfrist folgende Methode geübt, mit welcher er sehr zufrieden ist.

Er benuzt eine etwa 1 cm dicke matte Glasscheibe und verreibt auf derselben mit Hülfe eines grossen Korkes gewöhnliche Druckerschwärze. Der Kranke schwärzt nun durch festes Aufsetzen des Fusses seine Sohle und tritt dann auf einen Bogen Papier. Man erkennt dann sofort auf dem Abdruck die feinsten Einzelheiten der Haut mit allen ihren Rissen und Faltenbildungen. Eine Fixirung dieser Abdrücke ist nicht nöthig. Die Druckerschwärze an den Fusssohlen lässt sich leicht mit Warmwasser und Seife, oder Terpentin, Aether, Benzin, Xylol u. dgl. entfernen. Die Erfahrung hat nun B. gelehrt, dass die Anfertigung eines einzigen Sohlenabdruckes vielfach nicht ausreicht, um ein erschöpfendes Bild von der Anatomie und Functionstüchtigkeit eines Plattfusses zu liefern, sondern dass dazu die Combination von vier Abdrücken erforderlich ist, nämlich 1. im Stehen, 2. im Drüberschreiten, 3. in Supinationsstellung und 4. in Pronationsstellung. Näheres über die Versuchsanordnung ist in der Originalarbeit nachzulesen. (Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, 1903, No. 1.)

A. H. Freiberg: *Zur Herstellung von Fussabdrücken.*

F. empfiehlt statt der Druckerfarbe, die einerseits umständlich und anangenehm in der Handhabung, andererseits schwer vom Fusse des Patienten zu entfernen ist, folgendes Verfahren: Man hält Stücke von weissem Carton mit glatter Oberfläche, welche 30 cm lang und 12 cm breit sind, vorräthig. Zum Gebrauche wird ein solcher Carton auf einem entsprechend grossem Brettchen befestigt. Die Fusssohle des Patienten wird mit folgender Lösung gleichmässig, am besten mit einem Wattebausche, angefeuchtet:

Tinct. Ferri chlorid.	50,0
Alcohol. (80%)	45,0
Glycerin.	5,0

Jetzt stellt man den Fuss auf das Brettchen. Der Abdruck erscheint nach Entfernung des Fusses in leicht gelblicher Farbe. Darauf bepinselt man den Carton unter Schonung der Hände mit einer stark alcoholischen Gerbsäurelösung. Das Bild erscheint nun in blauschwarzer Farbe. (Zeitschr. für orthopädische Chirurgie, IX. Band, 4. Heft, ref. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, 1903, No. 1.)

J. Veverka: *Ueber die Prophylaxis der Augenblennorrhoe bei Neugeborenen durch Protargol.*

Vom März 1900 an wurde auf der geburtshülflichen Klinik des Prof. Dr. Rubeskain in Prag zur Prophylaxis der Augenblennorrhoe bei Neugeborenen anstatt des vorher gebrauchten Arg. nitric. Protargol verwandt, wodurch ganz vorzügliche Resultate erzielt wurden. Der Procentsatz der Inficirten wurde von 2 Procent auf 0 Procent bei 1100 Neugeborenen reducirt. Weitere schätzenswerthe Eigenschaften des Protargols sind nach Verf. noch die folgenden: 1. Die Reaction der Conjuctiva ist nach Protargolinstillation unbedeutend; nie sah V. hier jene gewaltige Reaction, wie sie häufig Arg. nitric. hervorruft, jene gewaltige Schwellung der Lider mit sanguinolenter, mitunter mit Eiter schwach gemengter Secretion, wo eine Differentialdiagnose zwischen Argentumreaction und effectiver Augenblennorhoe fast unmöglich ist und nur durch Befund specifischer Coccen unter dem Microscop gestellt werden kann. 2. Die Protargolinstillationen kann man ohne jede Gefahr einigemal täglich wiederholen. Sind bestimmte Anzeichen einer specifischen Erkrankung der Mutter da, dann ist Morgen- und Abendinstillation wärmstens zu empfehlen. 3. Es giebt hier gar keine technischen Schwierigkeiten. So ist es gleichgültig, ob wir einen einzigen Tropfen zwischen die halbgeöffneten Lider fallen lassen oder mehrere, ja man kann ohne Furcht die ganze Augenoberfläche sozusagen mit Protargol auswaschen, während beim Argent. nitric. nur die Instillation eines einzigen Tropfens gestattet ist. 4. Das Auswaschen des Auges und des Conjunctivalsackes nach Protargolinstillation mit einer schwachen Kochsalzlösung ist überflüssig. 5. Die Behandlung der später ausgebrochenen blennorrhoischen Conjunctivitis mit Protargol zeitigt ebenfalls zufriedenstellende Resultate. (Die Heilkunde, 1903, No. 1.)

E. Kraus (Wien): *Ueber den Gebrauch des Apenta-Bitterwassers.*

Verf. hat das Apenta-Bitterwasser während einiger Monate bei hartnäckiger, auf Unthätigkeit des Darmes beruhender Obstipation, auch bei anämischen jugendlichen Individuen, erprobt und war mit der Wirkung sehr zufrieden; namentlich waren die Entleerungen reichlich und bei individuell angemessener Dosis des Wassers (ein halbes bis ein Glas ca. 150—250 g) nicht allzuflüssig. Bei methodischem Gebrauche genügen kleinere Dosen zur Erzielung des beabsichtigten Erfolges. Die von Bogoslowsky gemachte Beobachtung, dass den Stühlen eine gehörige Menge Gallenflüssigkeit beigemengt ist, veranlassten K., in zwei Fällen von catarrhalischem Icterus, bei welchem eine länger dauernde Obstipation vorausgegangen war, das Apentawasser an-

zuwenden. Es zeigte sich bald, dass mit den erzielten Stuhlentleerungen die Symptome der Krankheit wichen. Das Druckgefühl im Magen wurde geringer, der Urin heller und die Faeces nahmen dunklere Färbung an, kurz die Stauung der Galle hörte in wenigen Tagen auf. Beide Kranken nahmen ausser dem Apentawasser kein anderes Medicament.

Ebenso prompt entfaltete das Wasser seine Wirkung in einigen Fällen von habitueller Obstipation. Ein Fall betraf einen 14jährigen, etwas anämischen Knaben, der bei seiner Stuhlverstopfung geringen Appetit zeigte und häufig an Kopfschmerzen litt. Der Genuss von ca. 120—140 g des Wassers früh nüchtern führte regelmässig zu einer ausgiebigen Stuhlentleerung im Laufe weniger Stunden, zugleich besserte sich bei 14tägigem Gebrauche des Wassers der früher herabgesetzte Appetit. Ein anderer Fall betraf eine junge Frau, die seit ihrer Entbindung die ganze Zeit im Wochenbette und auch noch später an Obstipation litt. Der tägliche Gebrauch von 200—250 g Apentawasser führte nach etwa 3—4 Wochen zur regelmässigen Function des Darmes.

Weit enfernt, sich durch den Gebrauch des Wassers zur beabsichtigten Wirkung daran zu gewöhnen, konnte K. constatiren, dass in seinen Fällen nach mehrwöchentlicher Anwendung die Patienten von ihrem Leiden befreit waren, nur hie und da wurde nach einigen Tagen ein Glas des Wassers nöthig, so dass man behaupten kann, dass sich die erhöhte Thätigkeit des Darmes auch für die Folge erhält, wenn auch kein Wasser mehr eingenommen wird. Nach den günstigen Erfahrungen, die Verf. mit dem Apentawasser gemacht hat, glaubt er, dass demselben in der Reihe der Bitterwässer eine beachtenswerthe Stellung gebührt und seine Anwendung bei ähnlichen Zuständen, wie er sie geschildert hat, angezeigt erscheint. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1903, No. 10.)

Courtade (Paris): *Anaesthesin in der rhino-laryngologischen Praxis.*

Das Anaesthesin, von Ritsert im Jahre 1890 entdeckt, zog anfänglich die Aufmerksamkeit der Aerzte wenig auf sich; die Ursache dieser Nichtbeachtung lag in der geringen Löslichkeit des Mittels in Wasser, aber der Ruf des Orthoforms, das doch denselben Nachtheil hat, zog das Anaesthesin aus der Vergessenheit und die Versuche, die damit in Deutschland von v. Noorden, Dunbar, Lengemann u. A. gemacht wurden, waren zufriedenstellend. Das Anaesthesin ist chemisch als Paramidobenzoëaether anzusehen. Seine Löslichkeit beträgt nur 1:800 im kalten Wasser, allein es löst sich leicht in Alcohol, Aether, Chloroform, Aceton, sowie in Fetten und Oelen.

Zu den klinischen Versuchen bediente sich Verf. des Mittels in pulverförmigem Zustande. Bei einem jungen Menschen von

15 Jahren, dem er beide Tonsillen cauterisirte, hat er mittels eines Wattetampons ein wenig Anaesthesinpulver auf die rechte Tonsille aufgetragen, während er die linke nicht damit behandelte. Die Cauterisation war rechts schmerzlos, dagegen links sehr empfindlich. Eine Frau von 68 Jahren, die mit einer tuberculösen Laryngitis behaftet war, und beim Schlingen solche Beschwerden hatte, dass sie sich weigerte, überhaupt etwas zu schlucken, und infolge dessen wegen Mangels an Nahrungsaufnahme immer schwächer wurde, machte er eine Insufflation von Anaesthesin in den Larynx; unmittelbar danach wurde das Schlucken schmerzlos und verblieb so durch 48 Stunden. Selbst 8 Tage später, als die Patientin wiederum gesehen wurde, war der Schluckact bei weitem nicht so schmerzhaft als vor der einmaligen Insufflation des Anaesthesins. G. hat ferner das Mittel bei einem 34jährigen Manne in Anwendung gebracht, der seit 10 Monaten syphilitisch war und auf dem hinteren Gaumenbogen ein tiefes Geschwür hatte, das trotz interner Behandlung seit etwa 14 Tagen unverändert blieb. Das Geschwür erzeugte heftige Schmerzen während des Schlingens, so dass der Kranke so wenig als möglich ass, überdies liess ihm ein Speichelfluss, der ihn fortwährend zum Auswurf nöthigte, Tag und Nacht keine Ruhe. C. bestreute das Geschwür mit Anaesthesin; eine Viertelstunde später konnte der Kranke frühstücken, ohne irgend einen Schmerz zu fühlen. Eine zweite Insufflation, die sich der Kranke gegen halb 5 Uhr Nachmittags machte, erzeugte Unempfindlichkeit beim Schlingen von Speichel und Nahrungsmitteln bis 9 Uhr Abends. Diese Beobachtungen zeigen in typischer Weise die Wirkung des Anaesthesins und zugleich seine Unschädlichkeit. Verf. machte auch von dem Mittel bei laryngoscopischen Untersuchungen Gebrauch, indem er es in den Rachen insufflirte, wo die Anwendung des Spiegels schlecht vertragen wurde. In allen Fällen, in denen das Anaesthesin angewendet wurde, geschah dies stets in Pulverform, und es wurde stets gut vertragen, ohne dass jemals Reizerscheinungen auftraten.

Bei Laryngitiden, die von schmerzhafter Dysphagie begleitet zu werden pflegen, wendet Kessel Anaesthesin in Olivenöl gelöst an und zwar nach folgender Formel:

Rp.	Anaesthesin.	20,0
	Menthol.	10—20,0
	Ol. Olivarum	100,0

Das Menthol kann man, wenn es nicht gut vertragen wird, auch weglassen. C. zieht jedoch die Applicirung des Anaesthesins in Pulverform der Darreichung in öliger Lösung vor, da nach seiner Ansicht die letztere doch mancherlei Nachtheile hat. (Ibidem, 1903, No. 12.)

F. Euler-Rolle (Wien): *Practische Versuche mit Mangan-Eisen-Pepton „Gude" bei der Behandlung anaemischer Zustände.*

Nach Verf. verdient das Mangan-Eisen-Pepton „Gude" ganz unbestritten einen dauernden Platz in unserem Arzneischatze, da es Vorzüge hat, die nicht unterschätzt werden dürfen. Das Präparat vereinigt in glücklicher Wahl jene Vorzüge, die wir von einem Eisenpräparate fordern müssen, es enthält zunächst neben Eisen auch noch einen zweiten für die Blutbildung höchst wichtigen Körper, nämlich das Mangan, und diese beiden zudem noch in neutraler Lösung, was um so höher anzuschlagen ist, als eben dadurch weder der Magen noch der Darm in seiner Function gestört wird. Durch das Mangan-Eisen-Pepton sind wir in die Lage versetzt, ohne Rücksicht auf den Zustand des Magendarmcanales jede Chlorose sofort der Eisentherapie zu unterwerfen. Auf diesen Vorzug haben schon frühere Autoren hingewiesen.

Bei seinen mit Mangan-Eisen-Pepton ausgeführten Versuchen hat Verf. die bisher bei dem Präparate eingehaltenen Indicationsgrenzen überschritten, da sich ihm die Ueberzeugung aufgedrängt hatte, dass man das Eisenmittel nicht speciell auf Fälle von Chlorose und Anaemie beschränken müsse, sondern dass auch andere Erkrankungen, die mit Erschöpfung und Schwächung des Organismus einhergehen, durch dieses Eisenpräparat gebessert werden oder sich wenigstens längere Zeit auf einem annehmbaren Ernährungszustande erhalten müssten, zumal auch das Pepton als Nährkörper dabei in Betracht zu ziehen ist .

Verf. zog folgende Fälle in den Bereich dieser Untersuchungen: 1 Fall von Tabes mit gastrischen Krisen, 1 Fall von unstillbarem Erbrechen bei Gravidität, 1 Fall von Oesophaguscarcinom mit schwerer Stenose, 4 Fälle von Diabetes mellitus leichteren Grades, 3 Fälle von uratischer Diathese mit Arthritis und endlich einen Fall von Leucaemie. Eine zweite Versuchsreihe betraf vorwiegend Chlorosen und secundäre Anaemien. In der Mehrzahl der Fälle wurde ein sehr gutes Resultat erzielt. Denn, abgesehen von einem hochgradigen Phthisiker mit Darmgeschwüren und Amyloidose der inneren Organe, wo die profusen Diarrhoen bei der Zufuhr des Eisenpräparates sich noch steigerten und dieses deshalb bald sistirt werden musste, und einem schweren Diabetiker, liess sich klinisch durch Bestimmung des Körpergewichtes, durch das Verhalten des Gastrointestinaltractes, durch die microscopische Blutuntersuchung stets eine erhebliche Besserung im Allgemeinbefinden der Kranken constatiren. Die Steigerung der Diarrhoen glaubt Verf. in dem erwähnten Falle der vielleicht zu reichlich zugeführten Menge des Gude'schen Präparates zuschreiben zu müssen. Es ist ja be-

kannt, dass sämmtliche Peptone und Albumosen die Schleimhäute des Darmes mehr oder weniger reizen und dadurch zu häufigen und flüssigen Entleerungen Veranlassung geben. Man vermeidet das am besten, wenn man sich mit den Tages- und Einzelndosen innerhalb gewisser Grenzen hält und mit denselben nicht zu rasch in die Höhe geht. Andererseits lässt sich diese Eigenschaft des Präparates therapeutisch verwerthen, besonders in Fällen, die mit habitueller und chronischer Obstipation einhergehen, namentlich bei chlorotischen Mädchen, wo das gleichzeitig verabreichte Eisen die bestehende Stuhlträgheit noch steigert, dann bei neurasthenischen und ähnliche Zuständen.

Am Schlusse seiner interessanten Arbeit fügt Verf. dann noch hinzu, dass er bei Verwendung des Gude'schen Präparates niemals irgendwelche unangenehmen Nebenwirkungen beobachten konnte und dass das Präparat stets sehr gerne genommen wurde. (Wiener klin. Rundschau, 1903, No. 13.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

Sitzung vom 4. December.

Vorsitzender: Dr. Karl Doepfner.

1. Dr. E. A. Fischkin (*Krankendemonstration*).

Dieser Mann, 57 Jahre alt, Oesterreicher, der in seiner Heimath Kleinhändler war und hier Lumpensortirer ist, giebt an, bis vor etwa 4 Jahren stets gesund gewesen zu sein. Er habe nie Syphilis oder andere Constitutionskrankheiten gehabt, auch habe Niemand in seiner Familie an solchen Krankheiten gelitten. Seine Haut war nie irgend welchen Traumen ausgesetzt, auch scheinen keinerlei Hautkrankheiten bestanden zu haben. Vor etwa 4 Jahren entstand spontan in der rechten Schultergegend ein kleines, hartes Knötchen, das langsam nach der Peripherie wie in die Tiefe wuchs. Bald nachher traten auch andere solche Geschwülstchen in der Haut der Nacken-Schulter und Rückengegend auf, von denen jedoch manche nach längerem Bestand von selber verschwunden sind. Die Knoten jucken so stark, dass sie dem Manne den Schlaf rauben, und als er vor etwa 6 Wochen zuerst in meine Clinik kam, erklärte er sich bereit, jedem chirurgischen Eingriff sich zu unterwerfen, um nur von diesem quälenden Jucken befreit zu werden.

Wie Sie sehen, sind diese Tumoren über die Haut des Rückens in ziemlicher Anzahl (etwa 15) vorhanden; sie sind höher in der Cucullaris- und Schultergegend und flacher in der Interscapulargegend. Die flachen Tumoren sind grösser in ihrem Umfang — in der linken unteren Schultergegend misst ein solcher Tumor etwa 2½ Zoll im Durchmesser, — die anderen sind ca. ¾—1 Zoll lang und ½ Zoll breit. Die einzelnen Knoten sind sehr derb, von rosa-rother Farbe, lassen sich mit der Haut verschieben, sitzen also in der Cutis. Die meisten sind länglich oval, scharf begrenzt, die grösseren senden Ausstrahlungen in die umgebende Haut aus. Die Epidermis ist straff gespannt, Oberflächenfelderung verwischt. Starker Druck wird schmerzhaft empfunden.

Ueber dem Nacken sehen Sie eine Anzahl weisser Flecke von etwa Erbsen- bis Bohnengrösse, die nichts anderes sind als atrophische Narben. Patient giebt an, dass an diesen Stellen früher Knötchen waren, die von selber verschwunden sind.

Die Diagnose dieses Falles muss ohne Zweifel auf *Keloide* gestellt werden und zwar, in Anbetracht der Anamnese, — d. h. Mangels eines vorhergegangenen Traumas oder sonstiger destructiven Processe — auf *wahre oder spontane Keloide*. Andere Tumoren sind hier ausgeschlossen. Differentialdiagnostisch könnten nur Fibrome und Myome in Betracht kommen. Die ersteren sind aber von weisser Farbe, nicht so derb und kommen meist mit anderen fibromatösen Bildungen combinirt vor; die letzteren sind, so viel mir bekannt, meist kleiner und in Gruppen zusammengehäuft.

Ich behandelte den Fall anfangs mit den von Leistikow empfohlenen Bepinselungen von

Ichthyol	
Pyrogallol aa	1.0
Collodii elast.	10.0

Die kleineren oberflächlichen Gebilde schienen nach dreiwöchentlicher Behandlung zurückzugehen (nämlich ein Keloid in der Mitte des Rücken, das lang und flach war und von dem jetzt nur eine kleine Spur zu fühlen ist); auf die anderen Knoten aber blieb sie ohne Einfluss. Ich injicirte daher in drei der grösseren, derberen und am meisten juckenden Tumoren das von Marie empfohlene 20proc. Creosotöl. Gleich nach der Injection liess das Jucken nach. Die Tumoren nectrotisirten schnell und an ihrer Stelle sehen Sie jetzt abheilende Geschwüre. Ob nicht später Narben-Keloide hier entstehen werden, bleibt abzuwarten.

Discussion. Dr. Maximilian Herzog: Ich möchte den Herrn Collegen fragen, was die Dermatologen unter einem Keloid verstehen. Im Allgemeinen versteht man in der Patho-

logie unter Keloid einen sich von einer Narbe aus entwickelnden Tumor, der die Neigung hat, nach der Entfernung mit dem Messer, zu recidiviren und der histologisch ein ungemein derbes, festes Bindegewebsfasergeflecht zeigt. So derb und hart ist dieses Bindegewebe, dass es fast stets das Microtommesser beschädigt. Ich halte es für ganz unmöglich, ein derartiges Gewebe durch Salben oder durch Creosotlösungen zum Schwinden bringen zu können. Es scheint mir demnach, als ob das, was der Dermatologe ein wahres Keloid nennt, etwas ganz anderes ist als das gewöhnliche Narbenkeloid. — Dr. Fischkin (Schlusswort): Unter Keloid verstehen wir in der Dermatologie eine circumscripte bindegewebige Wucherung der Haut, welche natürlicherweise nur in den Bindegewebsschichten, d. h. in der Cutis vor sich gehen kann. Die anatomischen Details sind hier wie so oft in der Dermatologie von verschiedenen Forschern verschieden angegeben, namentlich in Bezug des Verlaufes der Bindegewebsbündel, ihres Zellenreichthums, ihres perivasculären Wachsthums etc. Doch scheinen die Meisten darin übereinzukommen, dass spontane Keloide von den sogenannten Narben-Keloiden scharf zu trennen sind. Während bei den letzteren die ganze Structur der Haut und ihre Nebengebilde verloren gegangen sind, ist bei den wahren Keloiden diese Structur, namentlich die Papillarschicht erhalten. Im Gegensatz zu Dr. Herzog sehe ich nicht ein, warum man bezüglich der Therapie aus theoretischen Gründen skeptisch sein soll. Die Praxis beweist hier sicherlich ihre Möglichkeit. Bei den flachen, ganz dünnen Bildungen erkläre ich mir den Schwund derselben durch den Druck des Collodiums. Bei den grösseren Knoten bewirkte das injicirte Creosot Necrose und Schwund des Gewebes. Bald nach der Einspritzung entstand Anämie durch Zusammendrücken der Blutgefässe und vielleicht auch durch dieselbe Wirkung auf die Nervenendigungen Aufhören des Juckens. Zwei, drei Tage nachher bildete sich eine grosse Eiterpustel aus, bedeckt mit dicker Epidermisschicht; diese Decke platzte, der Eiter entleerte sich und das entstandene Geschwür ist jetzt abgetrocknet, bedeckt mit einer dünnen Kruste. Der Tumor, mitsammt den subjectiven Symptomen, ist verschwunden und wie es scheint ist keine Neigung zu neuen bindegewebigen Wucherungen vorhanden.

2. Dr. Charles Spencer Williamson stellt folgende zwei Patienten vor:

I. Fall: Der 26jährige Patient hat vor 6 Jahren Gelenkrheumatismus durchgemacht, war sonst aber immer gesund. Vor Kurzem stellten sich Schmerzen ein in der Gegend der Herzspitze, ausstrahlend nach allen Richtungen. Die objective Untersuchung ergab Hypertrophie und Dilatation des linken Ven-

trikels und Aorteninsufficienz, Erscheinungen, die wohl auf eine rheumatische Endocarditis zurückzuführen sind. Im Uebrigen bestehen normale Verhältnisse; insbesondere sind keinerlei Zeichen von Compensationsstörung vorhanden.

Es handelt sich somit um ein zufälliges Zusammentreffen von *Pseudoangina pectoris mit Aortensinsufficienz.*

II. Fall: Der 20jährige Patient hat vor etwa 8 Monaten Lues acquirirt. Vor einigen Wochen trat eine Augenmuskellähmung auf, deren Art nicht mehr bestimmt festgestellt werden konnte, die aber bald wieder zurückging. Vor einigen Tagen zeigte sich eine rechtsseitige Hemiparese, die den Arm, das Bein und den Mundfacialis afficirte und den Patienten veranlasste, ärztliche Hülfe aufzusuchen. Ungefähr gleichzeitig mit der Hemiparese trat vollständige Aphonie ein (ohne Aphasie irgend welcher Art). Wir können mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen, dass es sich um einen *Erweichungsherd handelt im Gebiete der Arteria fossae Sylvii infolge von Arteriitis syphilitica.* Die Hauptfrage aber ist die: wie ist die Aphonie zu erklären? Da keinerlei Anhaltspunkte für die Annahme einer zweiten, in der Brücke oder Medulla sitzenden Laesion vorhanden sind, und da in der Literatur eine Reihe sicherer Fälle von Aphonie bei Grosshirnerkrankung bekannt sind, so wird unser Fall wohl mit Recht dieser letzteren Categorie zugezählt werden müssen.

3. Dr. Alfred C. Croftan: *Zur Kenntniss des Pancreas- und Nebennieren-Diabetes. Demonstration einer chemischen Methode, Nebennieren-Tumoren der Niere zu erkennen.*

Der Vortragende giebt einen kurzen Ueberblick über seine im Laufe der letzten zwei Jahre vröffentlichten Experimente und demonstrirt zum Schluss seines Vortrages eine Methode, Hypernephrome der Niere zu diagnosticiren.

Das Blut besitzt die Eigenschaft, ausserhalb des Körpers Zucker zu zerstören; diese Kraft scheint einem im Blute vorhandenen fermentähnlichen Körper, dem „glycolitischen Ferment", innezuwohnen. Dieses Ferment lässt sich aus Blutkörperchen durch physiologische Kochsalz-Lösung ausziehen und scheint weder im Serum, noch in den rothen Blutkörperchen, sondern in den Leucocyten enthalten zu sein. Hängt man nämlich ein an beiden Enden unterbundenes, etwa 4 Zoll langes Stück der Jugularis einer Kuh in senkrechter Lage im Eisschrank auf, so fallen die rothen Zellen zu Boden, darüber liegen die Leucocyten und zu oberst findet man klares Serum. Eine Pravatz-Nadel in den untersten Theil der Vene eingestochen aspirirt nur rothe Zellen, in den obersten Theil eingestochen nur Serum. Weder Serum noch rothe Zellen besitzen glycolitische Kraft; da jedoch das gesammte Blut Zucker zerstören kann, so ist man berechtigt,

anzunehmen, dass die Glycolyse von den weissen Zellen bewerkstelligt wird. Da sich ferner aus dem centrifugirten Zellrückstand des Blutes eine glycolitische Substanz ausziehen lässt, so ist man weiter berechtigt, anzunehmen, dass diese Zuckerzerstörung kein „vitaler" Process *sensu strictiori* ist, sondern ein Process, der durch die Wirkung eines unorganisirten Fermentes zu Wege gebracht wird.

Extirpation des Pancreas vermindert die glycolitische Kraft des Blutes. Wenn man nämlich einem Hunde das Pancreas extirpirt und die zuckerzerstörende Kraft des Blutes eines solchen Thieres mit der zuckerzerstörenden Kraft eines anderen Hundes vergleicht, bei dem der Blutzucker durch Einspritzung von Glycose ebenfalls vermehrt ist, dem aber das Pancreas nicht extirpirt ist, so findet man, dass das Blut des ersteren Thieres bedeutend weniger Zucker in der Zeit-Einheit zerstört, als das des letzteren. Wenn man ferner das Blut oder die Lymphe eines normalen Hundes in die Venen eines Hundes mit Pancreas-Diabetes injicirt, so findet eine bedeutende Verminderung der Glycosurie statt. Es scheint demnach das Blut des Hundes mit Pancreas ein Etwas zu enthalten, das dem Hunde ohne Pancreas fehlt, und dieses Etwas hat anscheinend eine wichtige Rolle in der Zuckerzerstörung zu spielen. Es gelingt nicht, das theoretisch zu postulirende glycolitische Ferment aus Pancreasauszügen zu isoliren. Dr. C r o f t a n versprach, weitere Mittheilungen über die therapeutische Verwendbarkeit von glycolitischen Fermenten zu machen, sobald einige diesbezügliche Untersuchungen weiter gediehen sein werden.

Der Vortragende giebt dann eine kurze Uebersicht über seine Arbeiten mit Nebennieren-Extract. Er erwähnt seine zugleich mit B l u m und H e r t e r gemachte Entdeckung des Nebennieren-Diabetes, oder besser der Nebennieren-Glycosurie, die nach Einspritzung von Nebennieren-Auszügen eintritt. Die Nebennieren enthalten ein stark wirksames diastatisches Ferment, und es scheint möglich, dass eine Ueberschwemmung des Blutes mit dieser Substanz eine erhöhte Umwandlung des Glycogens in Zucker bewerkstelligt und dass die Hyperglycämie und Glycosurie sich auf diese Weise erklären lassen. Ob die Nebennieren das diastatische Ferment fabriciren oder ob sie es aus dem Blute an sich reissen, d. h. ob sie einfach entgiftend wirken, bleibt noch unentschieden.

Zum Schluss wird demonstrirt, dass Hypernephrome dieselben chemischen Eigenschaften besitzen, wie Nebennieren-Gewebe. Eine Farbenreaction, die der Vortragende entdeckt hat, eignet sich besonders zur raschen Differencirung von Nebennieren-Tumoren der Niere von anderen Nieren-Geschwülsten. Sie besteht darin, dass Hypernephroma (oder Nebennieren)-Extract die Eigenschaft besitzt, blaue Jod-Stärkelösung rasch zu ent-

färben. Diese Reaction ist so einfach und so rasch auszuführen, dass sie sich am Operationstisch zur Differencirung von Nieren-Geschwülsten verwenden lässt.

Die Entdeckung der Rolle der Nebennieren im Zuckerstoffwechsel hat bisher noch keine therapeutisch verwerthbaren Resultate geliefert.

Discussion. Dr. M. Herzog: Es würde mich sehr interessiren, zu hören, wie sich der Herr College die Zuckerzersetzung im Blute denkt. Meine Untersuchungen haben mich in der Ueberzeugung befestigt, dass der Zucker zunächst in Kohlensäure und Alcohol und dieser sofort wieder in Kohlensäure und Wasser gespalten wird. Bezüglich des sog. Pancreasdiabetes möchte ich folgendes erwähnen: Sobald die Thatsache bekannt war, dass die Exstirpation des Pancreas beim Hunde Diabetes hervorruft, war es naheliegend, zu versuchen, ob es nicht möglich ist, diesen Diabetes durch Einpflanzung des Pancreas eines anderen Thieres zu heilen oder sonstwie zu beeinflussen. Ich habe eine ganze Reihe derartiger Versuche angestellt; sie scheiterten aber leider alle daran, dass es niemals gelang, das implantirte Pancreas zum Einheilen zu bringen. Was die Diagnose der Hypernephrome anbelangt, so möchte ich sie nicht als sehr schwierig bezeichnen; schon macroscopisch kann man deutlich gewisse typische Merkmale erkennen, aus welchen man mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose stellen kann. — Dr. E. Ries: Die Hypernephrome zeigen auf dem Durchschnitt macroscopisch eine solch' characteristische Farbenpracht, dass ihre Diagnose meist keinerlei Schwierigkeiten bereitet. Dagegen wäre es sehr wichtig, eine microscopische Farbenreaction zu besitzen, durch die wir im Stande wären, die bisweilen in der Nähe der Tuben etc. vorkommenden aberrirenden Nebennieren von den sehr ähnlich aussehenden peritonealen Wucherungen sicher und rasch zu unterscheiden. Die heutigen interessanten Ausführungen des Herrn Collegen Croftan berechtigen uns zu der Hoffnung, dass er uns vielleicht bald mit einer solchen Methode beschenken wird. Ich möchte noch die Frage an den Vortragenden richten, ob seine Farbenreaction auch nach längerem Verweilen der Präparate in Härtungsflüssigkeiten noch zuverlässige Resultate giebt? — Dr. Gustav Schirmer: Das aus den Nebennieren dargestellte Adrenalin giebt nach den Untersuchungen von Dr. Jokichi Takamine vom 18. Januar 1902 wundervolle Farbenreactionen. Ich erwähne nur die mit ferric chlorid, die ein prachtvolles Emeraldgrün zeigt. Die reducirenden Eigenschaften des Adrenalin erinnern sehr an die Rhodanreaction des Speichels und noch mehr an die schön gefärbten Speichelsteine. Es mag auf Grund dieser Reactionen der secretorische Character der Nebennieren deutlich festgestellt werden können. — Dr.

Croftan (Schlussbemerkung): Dr. Herzog's Frage, was aus dem Zucker im Organismus werde, ist vorläufig nicht zu beantworten. *In vitro* scheint sich in der That des öfteren Kohlensäure zu entwickeln, wenn man Organ-Extract mit Glucoselösungen zusammenbringt. Die Wirkung von Bacterien und deren Producte ist jedoch unter den Arbeitsbedingungen, die man einhalten muss, kaum auszuschliessen, so dass ich vorderhand derartige Untersuchungen nicht für absolut endgültig betrachten kann. *Intra corpus* kann die Zuckerzerstörung offenbar verschiedene Wege einschlagen, von denen einer jedenfalls über Fett, ein anderer vermuthlich übr Milchsäure etc., ein dritter möglicher Weise über Alcohol führt. Vorläufig kennen wir nur die harnfähigen *terminalen* Producte; die *intermediären* Körper, die vom Zucker zu jenen führen kennen wir noch nicht — mit Ausnahme vielleicht der Glucuronsäure. Nehmen wir schliesslich zur Hypothese Zuflucht, so scheint es uns nicht ganz unwahrscheinlich, dass der Zucker durch dasselbe Ferment, das die Bildung des Zuckers aus Glycogen befördert, auch umgekehrt in Glycogen zurückverwandelt werden kann; dies stellt ja auch gewissermassen eine „Zuckerzerstörung" dar. Es wäre dieser Process analog der Umkehrbarkeit gewisser anderer Fermentwirkungen (Lipose etc.). Dr. Ries und Dr. Herzog haben wohl recht, wenn sie behaupten, dass Hypernephrome dem *Geübten* leicht auch ohne typische Reaction erkennbar sind. Aber es ist eben nicht jeder ein geübter, pathologischer Anatom — und dann sind die Tumoren oft so klein und oft von so unbestimmter Structur (macroscopisch), dass eine positive Diagnose auf den ersten Blick doch wohl oft schwierig oder gar unmöglich sein wird. Die microscopische Farbenreaction werde ich demnächst versuchen, sobald ich einen frischen Tumor mir verschaffen kann. Herrn Dr. Ries möchte ich zum Schluss auf seine Anfrage die Auskunft geben, dass die Farbenreaction selbst mit alten in Formalin oder Alcohol aufbewahrten Präparaten gut gelingt, während die diastatische Wirkung und die zuckertreibende Kraft durch Contact mit diesen Aufbewahrungsflüssigkeiten verloren geht — erstere Reaction ist eben rein chemisch, die letztere fermentähnlich.

Dr. L. H. Abele, Schriftführer.

Sitzung vom 18. December 1902.

Vorsitzender: Dr. Karl Doepfner.

Geschäftliches.

Zur Aufnahme vorgeschlagen ist Herr Dr. H. Gradle durch Dr. L. H. Abele.

Durch einstimmigen Beschluss werden die Herren: Dr. G.

Dohrmann und Dr. J. G. Hirschfeld als ordentliche Mitglieder aufgenommen.

Wissenschaftlicher Theil.

Dr. G. Schmauch verliest einen längeren Vortrag über: *Aetiologie, Diagnose und Therapie der Uterusruptur.*

Discussion. Dr. Gustav Schirmer: Ich glaube Herr Dr. Schmauch hat in seinem Vortrag das Thema in so erschöpfender und übersichtlicher Weise zusammengefasst, wie wir es in keinem Lehrbuch finden können. Ich möchte nur auf eine Thatsache hinweisen, die der Vortragende, glaube ich, nicht besonders betont hat. Eine Ueberdehnung des unteren Uterinsegments und zwar in radiärer Richtung kann auch vorliegen, ohne dass der Contractionsring Nabelhöhe erreicht zu haben braucht. Wir können uns die Perforation des Cervix infolge von partieller Ueberdehnung, z. B. durch einen Ellenbogen der Frucht, genau so vorstellen, wie die Perforation des Oesophagus durch eine weiche Sonde. Auch wenn die Cardinalsymptome der Uterusruptur nicht deutlich ausgeprägt sind, kann eine solche trotzdem vorliegen. Um sie sicher auszuschliessen und um festzustellen, ob es sich um eine complete oder incomplete Ruptur handelt, empfiehlt es sich in zweifelhaften Fällen (wie auch der Vortragende hervorgehoben hat), das untere Uterinsegment abzutasten. Zum Herunterziehen des Uterus gebraucht man an Stelle der Muzeux's und Kugelzangen besser Hakenzangen mit solider Endplatte. — Dr. Saurenhaus: Der Versuch, Blutungen aus Cervix-Rissen durch die Naht von der Vagina aus zum Stehen zu bringen, ist allgemein zu verwerfen; denn eine solche Naht ist meist sehr schwer ausführbar, häufig sogar ganz unmöglich; wir thun deshalb besser, uns nicht erst auf einen doch meist misslingenden Nahtversuch einzulassen, sondern von vornherein uns auf die Ausführung der Tamponade und eventuelle Ergotininjectionen zu beschränken. Die Forderung, dass man sich nach jeder schweren Geburt durch eine manuelle Untersuchung überzeugen solle, ob eine Ruptur vorliegt oder nicht, scheint mir wegen der damit verbundenen grossen Infectionsgefahr nicht empfehlenswerth zu sein; ich halte eine derartige Untersuchung nur dann für berechtigt, wenn eine starke Blutung oder sonstige Anzeichen vorliegen, die das Vorhandensein einer Ruptur vermuthen lassen. Bezüglich der Perforation des lebenden Kindes möchte ich bemerken, dass dieselbe nicht unter allen Umständen als Kunstfehler anzusehen ist; im Allgemeinen kann man sogar sagen, dass sie nicht etwa zu oft, sondern im Gegentheil nicht oft genug ausgeführt wird. Die Indicationen sind eben leider in der Praxis häufig andere als in der Klinik, wo uns alle denkbaren Hülfsmittel zu Gebote stehen. Was die Indication der Sectio caesarea anbe-

langt, so muss man daran festhalten, dass sie nur in solchen Fällen gemacht werden soll, wo keine Gefahr einer vorhergegangenen Infection des Uterusinnern vorliegt. — Dr. C. Beck: Bei drohender Gefahr der Uterusruptur halte ich bei lebendem Kinde die Symphysiotomie resp. die Pubotomie indicirt und nicht etwa die Perforation. Ich erinnere mich jedoch eines derartigen Falles, wo wegen starker ödematöser Schwellung des Gewebes in der Umgebung der Harnröhre (in Folge vorausgegangener unzweckmässiger geburtshülflicher Manipulationen) die Symphysiotomie nicht ausgeführt werden konnte. Ich entschloss mich deshalb, wenn auch ungern, zur Laparatomie, die übrigens glücklicherweise einen günstigen Verlauf nahm und die Frau am Leben erhielt. — Dr. A. Decker: Das Abschneiden eines Armes unter allen Umständen als einen Kunstfehler zu bezeichnen, halte ich nicht für gerechtfertigt; diese so verpönte Maassregel hat sich mir in einem Falle meiner deutschen Landpraxis bei todtem Kinde und ad maximum vorgefallenem Arme als sehr nützlich erwiesen, nachdem ich vorher vergeblich versucht hatte, durch Ziehen an dem heruntergeholten und angeschlungenen Fusse und durch gleichzeitige äussere Handgriffe die Wendung auszuführen. Bezüglich der St. Cyr'schen Schraubencurette möchte ich erwähnen, dass diese sich mir als sehr brauchbar erwiesen hat bei der Entfernung von Placentarresten. — Dr. G. Schmauch (Schlussbemerkungen): Mit Herrn Dr. Schirmer bin ich völlig einverstanden, dass es besonders die Ausdehnung in der Seitenrichtung ist, welche die Zerreissung des gedehnten unteren Uterinsegmentes hervorruft; wie ich hervorgehoben habe, reisst der Uterus meist auf der am meisten gedehnten Seite des Hinterhauptes oder des Kopfes; auch ein Arm kann hierzu Veranlassung geben. Das Umfahren des Risses mit dem Finger zur Diagnose, ob complete oder incomplete Ruptur vorliegt, erscheint einfacher als es in Wirklichkeit ist, und man ist auch auf diesem Wege des Vorgehens wegen der Dünnheit des Peritoneums noch häufigen Täuschungen ausgesetzt. Herrn Dr. Saurenhaus möchte ich erwidern, dass, wenn ich mir zur Regel gemacht habe, bei zweifelhaften Fällen den Cervix abzutasten, so will ich natürlich darunter nur solche Fälle verstanden wissen, in welchen durch die Schwere der Operation eine Ruptur zu befürchten war und wo eine bestehende Blutung auf die Möglichkeit einer Ruptur hinweist. Dazu ist aber kein Eingehen mit der Hand in die Uterushöhle nöthig, sondern zwei Finger genügen vollständig, um die Circumferenz der Cervix abzutasten und einen etwaigen Cervixriss festzustellen. Wenn ich bei rupturirtem Uterus nach Abort als Therapie vaginale Totalexstirpation *oder* Laparatomie empfohlen habe, so wollte ich natürlich damit sagen, dass bei Gefahr von Infection der vaginale Weg zu beschreiten ist; es giebt aber Fälle, wo eine conservative Laparatomie solche uteri noch

erhalten kann. Auf Ergotin darf man sich meiner Ansicht nach nicht zu sehr verlassen; auch dauert es immer eine geraume Zeit bis die Wirkung eintritt und dabei vergehen kostbare Minuten. Bessere Resultate giebt das frische im Herbst gewonnene Secale cornutum. Die Perforation des lebenden Kindes halte ich nach wie vor für einen Kunstfehler, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle; zweifellos giebt es aber Beispiele, wo diese Operation im Interesse der Mutter vorgenommen werden muss; doch haben wir neuerdings in der Symphysiotomie und vor allem in der Pubotomie Mittel, sie fast gänzlich zu vermeiden. Die hierauf hinzielenden Bemerkungen meines Vortrags sollten sich nur gegen die bequeme Art der Geburtshülfe mancher Praktiker richten. Herrn Dr. Beck möchte ich bestätigen, dass es ein wahres Wunder war, dass seine Patientin mit dem Leben davon kam. Einen Uterus, dessen Höhle infolge vieler Manipulationen kaum mehr steril sein kann, per laparotomiam zu öffnen, ist stets eine missliche Sache. Ich bin derselben Ansicht, wie Dr. Saurenhaus, dass eine Entbindung per vias naturales wohl noch möglich gewesen wäre. Der Fall lässt sich freilich nach dem Referat schwer beurtheilen. In der Literatur sind einzelne Fälle berichtet, wo wegen Retention des abgeschnittenen Kopfes die Sectio caesarea vorgenommen werden musste, sie stammen aber meist aus dem tiefsten Russland. Ein Abschneiden eines vorgefallenen Armes ist durchaus zu verwerfen, weil sich der Arzt dadurch einer werthvollen Handhabe zur Entfernung der Frucht beraubt. Als warnendes Beispiel wird mit Recht immer das Schicksal eines Pariser Collegen angeführt, der dem angeblich todten Kinde den vorgefallenen Arm abgeschnitten hatte und später von dem lebenden einarmigen Manne auf Schadenersatz verklagt wurde.

Schluss der Sitzung.

Dr. L. H. Abele, Schriftführer.

Sitzung vom Donnerstag, den 8. Januar 1903.

Vorsitzender: Dr. Karl Doepfner.

1. Herr Dr. Maximilian Herzog hält einen Vortrag über: *Haematogene Infection durch den Colon-Bacillus.* (Autoreferat.)

Der Vortragende gedenkt zunächst der Entdeckung des Colonbacillus und der Thatsache, dass dieser sowohl beim Menschen, als auch bei vielen Thieren als ein in der Regel harmloser Gast im Darme lebt, dass er dagegen auch häufig, unter noch nicht genügend bekannten Bedingungen, sich in einen gefährlich pathogenen Microorganismus umwandelt. So kann er die Ursache von Blasenentzündung werden, indem er entweder (besonders bei

weiblichen Kindern) über den Damm oder von den Eingeweiden aus direct durch die Gewebe, in die Blase wandert. Er wird ferner als Ursache von Appendicitis, Ovarialabscess, Pyosalpinx, Eiterungen der Gallengänge und puerperalen Uterusinfectionen gefunden. Auch als Erreger einer schweren Hautaffection hat ihn der Vortragende einmal in Reincultur isolirt. Diese Fälle von deutlich localisirter Infection mit mehr oder weniger schweren Allgemeinerscheinungen sollen indessen nicht hauptsächlich Gegenstand dieser Betrachtungen sein, sondern vielmehr jene Fälle, die als chronische, fieberhafte, allgemein haematogene Infectionen zu characterisiren sind. Der Vortragende hat mehrere solche Fälle gesehen und untersucht. Die erste Frage, die sich dabei aufdrängt, ist die: wann und unter welchen Verhältnissen wird der sonst harmlose Colon-Bacillus virulent? Wie das Thierexperiment beweist, zeigen nämlich die Culturen von Bacillus coli, welche aus Geweben isolirt worden sind, die sie krankhaft verändert haben, eine sehr erhöhte Virulenz. Wie erlangen sie diese? Nach Ansicht des Vortragenden geschieht dies immer dann, wenn der Colonbacillus an einer Stelle des Körpers, wo er sonst gewöhnlich gar nicht oder doch nur streng an der Oberfläche vorkommt, mit einem anderen Microorganismus in wirkliche symbiotische Gemeinschaft tritt. Für diese Anschauung spricht die Thatsache, dass der Vortragende bei Appendicitis mehrmals den Colonbacillus zusammen mit Staphylococcus pyog. alb. aus dem Eiter, resp. aus den Geweben isoliren konnte, und dass er bei einem anderen Falle in einem primären puerperalen Herd und in allen metastatischen Herden (der Gelenke etc.), die bei der Section gefunden wurden, den Bac. coli und den Streptococcus nachweisen konnte.

Der Vortragende bespricht hierauf speciell zwei Fälle von chronischer haematogener Coli-Infection, die sich nach Influenza einstellten und von denen einer in allen späteren Phasen genau bacteriologisch verfolgt wurde. Dieser Fall war zuerst von Herrn Dr. Otto Schmidt als eine von der Gallenblase ausgehende Allgemeininfection diagnosticirt worden. Nachdem dann mehrere Fehldiagnosen gestellt worden waren, gelang es, aus dem Blute intra vitam Colon-Bacillen zu züchten. Bei einer zweiten von Dr. M. L. Harris ausgeführten Operation fand sich ein kleiner perihepatischer Abscess, aus dem ebenfalls der Bacillus Coli isolirt werden konnte. In den Culturen aus dem intra vitam entnommenen Blute zeigten sich nach mehreren Generationen der Staphylococcus pyog. alb. Diese Coccen wurden zuerst für eine Verunreinigung gehalten; es zeigte sich aber, dass sie doch aus dem Blute stammten; denn bei der Section fand sich eine ganz frische Endocarditis verruocsa der Aortenklappen. Die fibrinösen Massen, welche die Auflagerungen bildeten, zeigten im Schnittpräparat nach Gram färbbare Coccen und nach Gram nicht

färbbare Bacillen, nämlich den Staph. pyog. alb. und den Bac. Coli.

Fälle von Endocarditis infolge von Infection mit Bac. Coli sind nur wenige beschrieben worden, so von Lion, Thiroloix, Macaigne, Etienne-Rendu und Lartigan (Literaturangabe bei Lartigan, Journ. Am. Med. Assoc., 1902, April, p. 930.)

Der Vortragende glaubt, dass man sich die, wie es scheint, nach Influenza nicht so sehr seltenen Infectionen mit Bac. Coli auf folgende Weise erklären könne. Der Influenza-Bacillus gedeiht in der künstlichen Cultur am besten, wenn man ihn in symbiotischer Gemeinschaft mit einem anderen Microorganismus züchtet. Vielleicht vergesellschaftet er sich bei Influenza oft im Darme mit dem Colon-Bacillus. Dadurch erlangt dieser Virulenz, und nachdem die Influenza abgelaufen, dringt der Colonbacillus in die Gewebe und in die Blutbahn ein.

Dies ist natürlich nur eine Hypothese; allein es hat in der That den Anschein, als ob gerade nach Influenza der Colonbacillus häufig virulent wird.

Discussion. Dr. G. Schmauch: Gebhard hat seiner Zeit den Bac. Coli als Erreger der Tympania uteri bezeichnet; neuerdings ist aber von Franqué nachgewiesen worden, dass der Proteusbacillus als die eigentliche Ursache anzusehen ist. Bei Infectionen mit dem Bac. Coli nahmen wir früher immer eine Art schaumiger Degeneration der grossen Unterleibsdrüsen an, und ein derartiger Befund führte uns bei der Section (vor der bacteriologischen Untersuchung) stets zu der Annahme einer Coli-Infection. Hat bei den berichteten Fällen ein solcher Befund vorgelegen? — Dr. L. Maywitt: Herr Dr. Herzog erwähnt in seinem Vortrag, dass bei einem der berichteten Fälle die Infection mit dem Colonbacillus wahrscheinlich zu der Zeit erfolgte, als der Patient an Influenza erkrankt war. Dies erinnert mich an einen Fall aus meiner Praxis, wo bei einer 52jährigen Patientin eine Enteritis membranacea dicht auf Influenza folgte. Ich möchte jedoch hauptsächlich eines anderen Falles gedenken, eines Falles von Pyämie, dem wahrscheinlich eine Infection mit dem Colonbacillus zu Grunde lag. Die Pyämie entstand in Folge eines Abortes, den der Ehemann, wie ich später erfuhr, selbst an seiner 23jährigen Gattin im 6. Monate der Schwangerschaft mittels eines Catheter ausgeführt und dabei wohl die Infection gesetzt hatte. Sofort nach der Entleerung des Uterus traten Schüttelfrost und Fieber auf. Am 2. Tage wurde ein Arzt zugezogen, der den Uterus auskratzte; Schüttelfröste und Fieber dauerten fort. Am 8. Tage kam die Frau in meine Behandlung; ich fand eine typische Pyämie mit Endocarditis und metastatischer Hüftgelenksentzündung; jeden dritten Tag trat Schüttelfrost auf mit nachfolgender hoher Temperatur

(105—106½°), später nahm das Fieber einen mehr remittirenden Character an, und schwankte zwischen 101—104°, Puls 110—140, je nach der Temperatur. Meist bestand Verstopfung, nur dann und wann Diarrhoe; die Milz war etwas vergrössert, doch kaum fühlbar; keine Kopfschmerzen und keine Roseola. Um gegen Ueberraschungen geschützt zu sein, liess ich das Blut der Patientin mittels der Gruber-Widel'schen Reaction auf Abdominaltyphus untersuchen; zu meinem grossen Erstaunen fiel diese Reaction positiv aus; während der nächsten drei Wochen zeigte sie stets dasselbe Resultat. Die Diazoreaction des Harns war stets negativ. Die Frau ging schliesslich nach 2½monatlicher Krankheit an Sepsis und Entkräftung zu Grunde; die Autopsie wurde verweigert. Ein ähnlicher Fall wurde Februar 1902 in der Münchener medicinischen Wochenschrift von Felix Lommel aus der Jena'schen Klinik berichtet unter dem Titel: „Eine Fehldiagnose auf Grund der Gruber-Widal'schen Reaction (bei Puerperalfieber)." In diesem Falle zeigte der Sectionsbefund, dass kein Abdominaltyphus, sondern puerperale Sepsis vorlag und Lommel nimmt an, dass es sich um eine Infection mit Bacillus Coli gehandelt hat. Ich möchte Herrn Dr. Herzog fragen, ob bei den berichteten Fällen vielleicht die Gruber-Widal'sche Reaction und die Diazoreaction ausgeführt worden sind. — Dr. M. Herzog (die Discussion schliessend): Man nimmt jetzt an, dass die Tympania uteri nicht auf den Colonbacillus, sondern auf andere Bacterien zurückzuführen ist. In lebenden Geweben bildet der Bacillus Coli kein Gas; in den Coagula und hyalinen Thromben der Placenta mag er vielleicht zum Gasbildner werden können. Die mehrfach beobachtete schaumige Entartung der Gewebe ist fast stets auf den zuerst von Fraenkel und dann mehrfach von Welch und seinen Schülern beschriebenen Bacillus aërogenus capsulatus zurückzuführen. Das Blut des zuletzt erwähnten Patienten wirkte auf die aus ihm gezüchteten Colonbacillen agglutinirend. Die Widal'sche Probe wurde nicht ausgeführt, weil dazu keine Veranlassung vorlag.

2. Dr. E. A. Fischkin verliest einen längeren Vortrag über: *„Aerztliche Ethik."*. (Derselbe gelangte in der Februar-Nummer der Med. Monatsschrift zum Abdrucke.)

Die Discussion dieses Vortrages war eine äusserst lebhafte und ausgedehnte, sie beschäftigte sich besonders eingehend mit der Ethik der Collegialität und mit der Frage des Berufsgeheimnisses. Es wurden dabei von verschiedenen Herren eine ganze Reihe von selbsterlebten Vorkommnissen erzählt, die leider beweisen, dass die Ethik im ärztlichen Berufe noch manches zu wünschen übrig lässt.

Die meisten Redner waren jedoch darin einig, dass im Ver-

kehr mit den Collegen ein guter Wille und ein richtiges Taktgefühl wohl immer im Stande sein werden, die Schwierigkeiten zu überwinden.

Dagegen kann der Arzt bezüglich des Berufsgeheimnisses leicht in einen schweren Conflict gerathen, der ihm nur zwei Möglichkeiten frei lässt, nämlich auf der einen Seite: Bruch des Berufsgeheimnisses, auf der anderen: Mitschuld an einer Schädigung einer dritten Person. Die Gesetze bezüglich des ärztlichen Berufsgeheimnisses sind in den verschiedenen Ländern verschieden. In Deutschland z. B. geniesst dasselbe den gleichen gesetzlichen Schutz wie das Beichtgeheimniss des Priesters und etwaige Verletzungen werden bestraft. Im Staate Illinois dagegen kann der Arzt vor Gericht zu Aussagen gezwungen werden, die sein Berufsgeheimniss verletzen.

Es ist sehr schwierig oder wohl ganz unmöglich, allgemeine Regeln aufzustellen, die das ganze Gebiet der ärztlichen Ethik zu decken im Stande sind; jeder einzelne Fall muss für sich entschieden werden und dabei wird unser eigenes Gewissen und unser Taktgefühl wohl stets oberster Richter bleiben müssen.

Schluss der Sitzung.

Dr. L. H. Abele, Schriftführer.

Sitzung vom 22. Januar 1903.

Vorsitzender: Dr. Karl Doepfner.

1. Dr. Jacob Holinger stellt einen Kranken vor mit einem *Tumor des Gaumens.* (Autoreferat.)

Der Patient bietet nach zwei Richtungen hin Ungewöhnliches dar, nämlich erstens bezüglich des Sitzes und zweitens bezüglich des Characters seines Leidens. Er ist ein Mann von 44 Jahren, kräftig gebaut und sonst gesund. Seit zwei Jahren bemerkte er an seinem Gaumen eine Geschwulst, welche langsam grösser wird; die Frage auf Lues wird negirt (auch sind mehrere gesunde Kinder vorhanden).

Status: Eine kreisrunde, pilzförmige Geschwulst am Uebergang des weichen in den harten Gaumen. Sie misst 2½ cm Durchmesser, ist ½ cm hoch und zeigt in der Mitte eine Einziehung, durch welche schliesslich nach mehreren vergeblichen Versuchen eine gebogene Sonde in die Nase hinaufgeführt werden kann. Weder durch Rhinoscopia anterior noch posterior kann in der Nase etwas Abnormes gefunden werden. Die Geschwulst ist auffallend wenig schmerzhaft.

Der Patient ist erst seit 2 Wochen in Beobachtung. Bei der ersten Untersuchung wurde eine Probeexcision entnommen, aber leider von meinem Assistenten zu dick geschnitten, so dass keine bestimmten Schlüsse gezogen werden konnten. Damals wurde

Kal. jodat. gegeben und Patient versichert, dass die Geschwulst kleiner geworden sei, ein Eindruck, dem auch ich mich nicht verschliessen kann. Vor 4 Tagen wurde eine zweite Probeexcision gemacht, deren Befund jedoch noch nicht vorliegt.

Discussion. Dr. M. Herzog bedauert, dass die Anamnese nichts Genaueres über die Vorgeschichte der Geschwulst enthält und führt ferner aus, dass es sich hier um eine Stelle handle, wo sich Gummata mit Vorliebe zu entwickeln pflegen; gegen Gumma spreche aber die Thatsache, dass noch kein Durchbruch stattgefunden habe, der sonst bei Gummen meist früher eintrete. — Dr. Fischkin ist der Ansicht, dass das Aussehen und der lappige Bau der Geschwulst nicht für ein Gumma, sondern eher für ein Carcinom spreche. — Dr. Doepfner glaubt entschieden, dass es sich um ein Carcinom handle; dafür spreche 1) die geschwollene Drüse am Halse, und 2) die harte Consistenz der Geschwulst. Dabei dürfe man freilich nicht die Möglichkeit vergessen, dass vielleicht zuerst ein Gumma bestanden und dann sich erst das Carcinom entwickelt habe. — Dr. Holinger (die Discussion schliessend) erklärt, dass gerade diese Unsicherheit der Diagnose ihn veranlasst habe, den Fall hier vorzustellen, und er hofft, dass die Untersuchung der zweiten Probeexcision gestatten werde, die Diagnose mit Sicherheit festzustellen.

(Anm. des Schriftführers: Nach einer Mittheilung des Herrn Dr. Holinger hat die von Dr. le Count inzwischen ausgeführte microscopische Untersuchung ergeben, dass es sich um ein Carcinom handelt, ausgehend von der Schleimhaut.)

2. Dr. G. Thilo: Demonstration eines Falles von *Riesenwuchs bei einem* 11 *Monate alten Kinde.* (Autoreferat.)

Der Vortragende leitet seine Demonstration mit einigen allgemeinen Betrachtungen über das Wesen des Riesenwuches ein.

Die älteren Autoren definirten denselben als eine Hypertrophie congenitalen Ursprungs, auch erklärten sie denselben in Ermangelung positiver Anhaltspunkte als eine Trophoneurose. In der Gegenwart hat sich die pathologische Auffassung dieser und anderer eigenartiger Ernährungsstörungen wesentlich geändert, so dass man sie vielleicht mit besserem Rechte Autointoxicationen nennen könnte. Es ist ja der thatsächliche Nachweis erbracht worden, dass eine Anzahl Drüsen, die man früher für functionell unwichtig hielt, die Vorgänge des Wachsthums und der Ernährung wesentlich beeinflussen und dass eine functionelle Störung in denselben oder eine völlige Eliminirung derselben die schwersten Ernährungsstörungen herbeiführt, die durch eine erneute Zufuhr der verlustig gegangenen Secrete theilweise wieder behoben werden können.

Aus dieser Thatsache wurde die Schlussfolgerung gezogen,

dass diese Secrete chemische Substanzen enthalten, die den Stoffwechsel wesentlich beeinflussen, möglichenfalls Toxine neutralisiren, jedenfalls für die Integrität des Organismus unerlässlich sind. Insbesondere ist es ja die Schilddrüse, deren Erkrankung, beziehungsweise operative Entfernung Tetanie, Myxoedem und Cretinismus zur Folge hat. Aehnliche Beziehungen bestehen auch zwischen der Nebenniere und Morbus Addisonii, Pancreas und Diabetes, Ovarien und Osteomalacie. Ebenfalls gelang es nun für eine besondere Form des Riesenwuchses, der Acromegalie in etwa 80 Prozent der Fälle eine Erkrankung der Hypophysis nachzuweisen. Die Acromegalie wurde 1886 von dem Pariser Arzte M a r i e zuerst als eine Krankheit sui generis beschrieben und seitdem in über 200 Fällen auch von anderer Seite beobachtet. M a r i e kennzeichnet das Leiden als einen Riesenwuchs, der die Extremitäten, das Gesicht und insbesondere die Kiefer befällt und mit degenerativen Vorgängen einhergeht, die zur Kyphose, Atrophie der Muskeln, Geistesschwäche und Schlafsucht führt. Als ein besonderes Kennzeichen machte er noch das proportionirte Wachsthum ohne jede Deformität geltend.

In Deutschland nannte man trotzdem jeden Riesenwuchs, der zur monströsen Entwickelung einer Extremität führte, schlechtweg Acromegalie, und B r i s s a u d und M e n g e erbrachten eine Anzahl Belege dafür, dass beide Krankheiten innig mit einander verwandt und dass ihre symptomatischen Abweichungen durch das Lebensalter bedingt seien. Sie bezeichneten in etwas paradoxer Weise die Acromegalie als den Riesenwuchs der Erwachsenen und den Riesenwuchs als die Acromegalie der Jugend. Bei einer Durchsicht der einschlägigen Literatur kommt man allerdings zur Ueberzeugung, dass die publicirten Fälle von congenitaler Acromegalie und Acromegalie in einer frühen Lebensperiode durchaus nicht typisch sind. Andererseits unterscheiden sich beide Krankheiten ihrem Verlauf und ihrem Symptomencomplexe nach sehr wesentlich von einander.

Der typische Riesenwuchs beginnt zumeist als eine Entwickelungsstörung des fötalen Lebens, die sich nach der Geburt excessive fortentwickelt und vorzugsweise die Extremitäten betrifft, die gleichzeitig einer hochgradigen Deformirung anheimfallen. Während ausserdem besondere degenerative Vorgänge Merkmale der Acromegalie sind und deren Malignität kennzeichnen, so ist der typische Riesenwuchs im allgemeinen ein benignes Leiden.

Ein cachectischer Folgezustand tritt erst dann auf, wenn das zur abnormen Grösse entwickelte Glied die Lebenskraft zu absorbiren droht. Es hat da den Anschein, als ob die sparsame Natur jedem Individuum einen bestimmten Ausgabe-Etat an Lebenskraft zugemessen hat, der, wenn einseitig, verschwendet, dann nicht mehr für den ganzen Haushalt ausreicht.

Der vorliegende Fall betrifft einen 11-monatlichen Knaben, der einen Riesenwuchs beider Füsse, eine Elephantiasis lipomatosa am linken Beine und zwei mächtige Lipome symmetrisch auf der Brust aufweist. Die Füsse sind wohl um das Zehnfache über die Norm vergrössert, haben eine Länge von 18 cm und einen Umfang von 27 cm, sind durch eine Hypertrophie des Fettgewebes und der Knochen hochgradig deformirt. Am Kopfe, an der Wirbelsäule, an der Schilddrüse, am Auge und an der Geistesthätigkeit des Kindes ist nichts abnormes wahrzunehmen, dagegen ist es im Allgemeinen in der Entwickelung zurückgeblieben. Die Länge des Körpers, der Kopf- und Brustumfang sind unter Normalmaass, die Muskeln sind schlaff, die Haut welk. Das Kind stammt aus gesunder Familie und hat soweit keinerlei weitere Krankheiten durchgemacht.

3. Dr. G. Schmauch: Demonstration eines *neuen geburtshülflichen Bestecks.* (Autoreferat.)

Meine Herren: Ich möchte mir erlauben, Ihnen ein geburtshülfliches Besteck vorzuzeigen, das ich mir für meine Bedürfnisse zusammengestellt habe. In meiner früheren Thätigkeit an der Berliner Universitäts-Frauenklinik, wo ich fast nur zu pathologischen Fällen gerufen wurde, habe ich die Erfahrung gewonnen, dass es unter Umständen recht nützlich ist, ein vollständiges Instrumentarium bei sich zu haben, so dass man einer jeden Eventualität gewachsen ist. Wenn ich mein persönliches Empfinden hier berücksichtigen darf, so muss ich sagen, dass ich mich als Geburtshelfer viel sicherer fühle, wenn ich mein gewohntes und completes Besteck bei mir habe. Diese Empfindung hat wohl auch in Deutschland und namentlich in Berlin zu der Construction vieler solcher Bestecke geführt, und finden wir dieselben besonders bei Landärzten, die ja unmöglich nach jedem Instrument erst meilenweit schicken können, im Gebrauch. Die Literatur weist allerdings viele Fälle auf, in denen ein geschickter Arzt sich mit den allermöglichsten Hilfsmitteln, wie sie sich im Haushalt finden, beholfen hat. Solange diese Fälle jedoch glücklich verlaufen, sind ja wohl keine Einwände zu erwarten. Eine andere Frage aber ist es, und meiner Ansicht nach nur eine Frage der Zeit, ob eine mangelhafte Ausrüstung des Arztes rechtlich nicht der bereits strafbaren Unkenntniss gleichzusetzen ist. Ihnen allen haften aber gewisse Mängel an, wenigstens in meinen Augen, und deshalb habe ich mir eine eigene Zusammenstellung gemacht, die ich heute Abend Ihrer Kritik vorlegen will.

Vorbedingungen eines guten geburtshülflichen Besteckes sind meiner Ansicht:

1) Vollständigkeit und Handlichkeit;
2) Möglichkeit einer völligen Desinfection der einzelnen Theile;

3) ein decentes Aeussere.

In meiner Heimath will man nicht von jedem Passanten für einen Geburtshelfer gehalten werden; hier denkt man ja weniger scrupulös über solche Sachen. Dieser Umstand bewog mich, mein Instrumentarium in ein sogen. dress-suit case, die ja äusserst dauerhaft und von nettem Aeussern sind, hineinzubauen.

Was den ersten Punkt anlangt, die Handlichkeit, so mussten die grossen Instrumente von den kleinen zu trennen sein. Wer zu einem Abort oder Curettement geht, braucht natürlich keine Zange oder Perforatorium.

Sie sehen hier an dem Deckel in einem abnehmbaren, sterilisirbaren Einsatz die gewöhnlichen kleinen Instrumente untergebracht, während die grossen in einer Leinwandrolle neben dem Nickelinkasten liegen.

Der Anforderung, die Instrumente bereits zu Hause sterilisirt zu der Kreissenden mitzunehmen, habe ich auf diese Weise auch Rechnung getragen, doch halte ich dies für einen sehr immaginären Vortheil und besorge das Sterilisiren immer erst in der Wohnung. Meine Erfahrung hat mich den alten Satz bestätigen lassen, dass wo Kinder geboren werden, auch ein Heerd ist, so dass ich auf das Mitführen einer Spirituslampe, wie sie in vielen Bestecken enthalten ist, verzichtet habe.

In dem Nickelinkasten, bestehend aus Deckel, als Instrumentenschale zu benutzen, und dem eigentlichen Kasten zum Kochen der Instrumente mit Drahtsieb zum Herausholen derselben, sind in einem Metalleinsatz fest untergebracht: Lysol, Chloroform, Ergotin, Ol. camphorat., Argoninlösung, Kochsalzpastillen à 2,5 gr, Essmarch'sche Chloroformmaske, Hörrohr, Bandmaass, Messglas, 2 Handbürsten und Pravatzspritze, Catgut und Laminaria in Alcoholgefässen. Ferner 1 kleiner Nickelinkasten für Colpeurynter, Gummihandschuhe und Irrigatorschlauch, 1 Nickelin-Irrigator, 1 Liter Inhalt mit hineinpassender, sterilisirbarer Tamponadebüchse, 1 kleine Tupferbüchse, 2 Scalpelle.

Mit Aufsatz ist der Kasten auch als Schimmelbusch'scher Sterilisationsapparat für Verbandstoffe im Hause des Arztes zu benutzen.

Der Kofferdeckel enthält in sterilisirbarer Leinwandtasche 1 Kornzange, 2 Klemmen, 1 Beckenmesser, 1 Curette, 1 Uterussonde, 1 Uterusstopfer, 1 weiblicher Catheter, 2 Trachealcatheter, 1 Abortzange, 1 Scheere, 1 Nadelhalter, 1 Hakenpincettte, 1 Kugelzange, 1 Muzeux, 1 Infusionscanüle und Nadeln.

Neben dem Nickelinkasten in zusammenrollbarer Leinwand sind die Zange, Achsenzugvorrichtung nach Zangemeister, Kranioklast, trepanförmiges Perforatorium, Siebold'sche Scheere und Braun'scher Haken untergebracht. Seitlich von dem Kasten befinden sich 2 geburtshülfliche Specula. Bedeckt wird das Ganze von einer Gummischürze.

Die Kosten des Besteckes betragen in Berlin 300 Mk. und werden sich hier auf etwa $80 belaufen, stellen sich indessen bei minder reichlichem Instrumentarium bedeutend niedriger.

Das Besteck trägt auch dem Wunsche Rechnung, in Ausnahmefällen eine Extrauteringravidität oder Kaiserschnitt zu operiren.

Discussion. Dr. Doepfner: Ich möchte fragen, ob Herr Dr. Schmauch zwei Haemostaten für ausreichend erachtet zur Vornahme aller möglichen geburtshülflichen Operationen, z. B. eines Kaiserschnittes? — Dr. Schmauch antwortet bejahend. — Dr. Thilo: Ich glaube doch, dass der Geburtshelfer leicht in eine Lage kommen kann, wo er eine grössere Anzahl von Haemostaten nöthig hat; so habe ich vor Kurzem Gelegenheit gehabt, bei einem Kaiserschnitt zu assistiren, wo eine so starke Blutung aus dem Uterus auftrat, dass mehrere Dutzend Haemostaten angelegt werden mussten; allerdings handelte es sich nicht um eine normale, sondern mit Tumoren durchsetzte Uteruswandung. — Dr. Schmauch (die Discussion schliessend): Herrn Dr. Doepfner möchte ich erwidern, dass die Blutung bei dem Kaiserschnitt nicht so formidabel ist, wie man gewöhnlich annimmt. Vermeidung der Placentarstelle ist alles, worauf es ankommt. Mit dem Anlegen von Klemmen an spritzende Arterien der Uterusmusculatur hält man sich besser nicht auf. Ein Aneinanderpressen der Schnittränder und Compression der Uterinae sind rascher ausgeführt. Auf Herrn Dr. Thilo's Anzweiflung dieser Ansichten möchte ich nur die Thatsache erwähnen, dass es vor nicht gar so langer Zeit keinem Operateur einfiel, den Uterus nach der Sectio caesarea zu nähen; er wurde einfach versenkt und von Verblutung haben wir relativ wenig gehört. In dem speciellen Fall, den Herr Dr. Thilo anführt, mögen ja wegen der malignen Tumoren besondere Verhältnisse vorgelegen haben. Ich möchte aber nochmals betonen, dass gegen die atonische Blutung und Blutungen aus der Placentarstelle Klemmen nicht viel helfen. Kneten des Uterus und Ergotin, sowie Compression der Cervix haben eine viel bessere Wirkung. Kann man der Blutung nicht Herr werden, dann schreitet man zur Porro-Operation. Die Uterinae sind leicht aufzufinden und zu unterbinden. Vorläufige Gaze-Tamponade ist zwecklos. Einer Frau mit malignen Tumoren den Uterus zu erhalten, hat keinen Werth, ist sogar ein Kunstfehler in meinen Augen, und in dem erwähnten Falle wäre von vornherein eine Amputation angebracht gewesen.

4. Dr. Jacob Holinger hält einen Vortrag über *Indicationen und Technik der Mastoidoperationen.* (Autoreferat.)

Die Indicationen zur Schwartze'schen Mastoidoperation bei acutem Empyem des Proc. mast. sind so klar und deutlich

niedergelegt in Schwartze's Handbuch der Ohrenkrankheiten, dass man eigentlich nie im Zweifel sein kann, ob man operiren soll oder nicht. Der Vorschlag von Dench in New York, eine Probeoperation zu machen (ähnlich der Probelaparatomie) ist daher zu verwerfen. Ich möchte mich hierbei jedoch nicht länger aufhalten, sondern das Hauptgewicht darauf legen, die Differentialindicationen zwischen der Radicaloperation und Schwartze's Operation eingehender zu erörtern.

Die Technik der letzteren ist einfach. Nach Spaltung der Weichtheile sucht man das Antrum zu öffnen, d. h. jene grössere Zelle, welche dem Attic am nächsten liegt und in welcher alle flaschenförmigen Zellen einmünden. Von diesem centralen Punkt aus verfolgt man dann centrifugal jene flaschenförmigen Zellen unter Führung einer gebogenen Sonde und kommt so in die oft sehr entlegenen Eiterherde. In einem Falle gelangte ich auf diese Weise bis in den Proc. zygomat. 1 cm vom äusseren Augenwinkel entfernt, ein anderes Mal bis zu einem hühnereigrossen Abscess im Genick neben der Mittellinie.

Als Instrumente werden Meissel benützt, wie sie von Bezold beschrieben und von Katsch angefertigt werden. Ueber Fraisen und Bohrer verschiedener Art habe ich keine Erfahrung, weiss aber, dass beide zu Gunsten des Meissels von vielen Operateuren wieder aufgegeben wurden. Der über die Fläche nach rückwärts gebogene Meissel nach Hack ist jedoch zu verwerfen, weil gefährlich. Sehr gute Dienste leistet hingegen Hartmann's Knochenzange und als Director neben der gebogenen Sonde ein rechtwinklig abgebogener Excavator, wie ihn die Zahnärzte benützen.

Die Schwierigkeiten der Operation werden oft am falschen Orte gesucht. Eine Sinus-, Dura-, oder gar Hirnverletzung kommt mit den angegebenen Meisseln kaum vor; eine Sinusblutung ist leicht zu stillen; eine Verletzung des Facialis kann vermieden werden, wenn man die anatomischen Verhältnisse kennt. Wirkliche Unannehmlichkeiten kann aber ein weit vorgelagerter Sinus bereiten, der oft nur einen etwa ½—¼ cm breiten Raum freilässt, in dem man in die Tiefe schachten soll; das gleiche gilt von einem eburnisirten, nur wenige kleine Zellen enthaltenden Warzenfortsatz. Der erste Verband bleibt, wenn sonst alles in Ordnung ist, 4—5 Tage liegen. Die Tamponade soll zuerst fest sein zur Blutstillung und Anregung der Granulationen, später aber lose, um den Granulationen Platz zu geben zur freien Entwickelung; dabei darf der Gehörgang nicht vergessen werden.

Die Heilung nimmt selten mehr als 3—4 Wochen in Anspruch. Das Resultat soll sein: Aufhören der Eiterung, Schluss der Trommelfellöffnung und normales oder nahezu normales Gehör.

Die *Radicaloperation* besteht darin, dass wir durch Entfernen der hinteren Gehörgangswand und durch eine Plastik des häutigen Gehörganges das Mittelohr, den äusseren Gehörgang, das Antrum und die Zellen in *eine* Höhle umwandeln, welche mit Epidermis ausgekleidet ist. Die Hauptindicationen bilden Cholesteatome und solche *chronische* Mittelohreiterungen, welche durch eine mehrwöchnetliche Borsäurebehandlung nicht geheilt werden können. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Differentialdiagnose zwischen acuter und chronischer Eiterung, besonders dann, wenn zu einer alten Mittelohreiterung acute Erscheinungen hinzugetreten sind. Die Anamnese ist dabei oft völlig werthlos, und der Befund (z. B. eine kleine hochstehende Trommelfellperforation oder Granulationen) beweist oft das Gegentheil von dem, was der Patient sagt. Dies sind jedoch gerade die Fälle, wo Complicationen wie Labyrintheiterungen, Sinusthrombosen, Meningitis und Gehirnabscess am häufigsten vorkommen und wo schnellstes und radicales Vorgehen allein zum Ziele führt.

Die Technik kennt zwei Wege: entweder macht man zuerst eine Schwartze'sche Operation und entfernt dann die hintere knöcherne Gehörgangswand bis zu und mit der lateralen Wand des aditus ad antrum, oder aber man entfernt von vornherein die knöcherne Gehörgangswand und arbeitet sich dann nach hinten in das Antrum hinein. Beide Wege haben unter Umständen ihre Vortheile. Merken wir bei den ersten Meisselschlägen, dass wir es mit einem harten Felsenbein zu thun haben, so können wir auch annehmen, dass wir wahrscheinlich kleine Zellen und besonders ein kleines Antrum finden werden. In solchen Fällen orientirt man sich leichter, wenn man das zweite Verfahren wählt und von vorne nach hinten vordringt. Geräth man dagegen mit dem Meissel sofort in eine grosse Cholesteatomhöhle, so muss man natürlich diese zuerst ausräumen und wird dann unwillkürlich in's Antrum resp. den ersten Weg geführt. Hierauf folgt dann die Plastik des Gehörganges. Durch einen $\frac{a}{c}<b$ förmigen Schnitt wird Gehörgang und Concha in drei Lappen (a, b, c) getheilt, von denen a und c nach oben und c nach hinten tamponirt und zum Theil vernäht werden. Die Wunde hinter dem Ohr wird sofort mittels einer Naht geschlossen. Der erste Verband bleibt 5 Tage liegen. Entwickeln sich Granulationen, so werden sie durch Anwendung von Silbersalbe zum Stillstand gebracht; später kann man dann die Entwickelung von Epidermis von den Rändern der Lappen über die Granulationen durch Vioform unterstützen. Auf diese Weise gelingt es, die Heilungsdauer auf 4—6 Wochen herabzudrücken. Früher war sie 6—9 Monate.

Schwierigkeiten: Die Eburnisirung ist hier viel häufiger als in acuten Fällen und viel weiter fortgeschritten; auch sind Facialis- und Labyrinthverletzungen viel leichter möglich.

Das Resultat dieser Operation ist eine trockene, epidermisirte Höhle, welche von aussen leicht übersehbar ist. Das Gehör wird meist gebessert, seltener bleibt es unverändert und noch seltener wird eine Verschlechterung desselben beobachtet.

Contraindicirt ist die Radicaloperation bei schon bestehender Meningitis, welche allerdings oft schwer zu diagnosticiren ist.

Discussion. Dr. J. Beck: Ich glaube, Herr Dr. Holinger hat in seinem dankenswerthen Vortrage nicht genügend auf die Nothwendigkeit und auf den Werth der bacteriologischen Untersuchung als Wegweiser für die Art der einzuschlagenden Therapie hingewiesen. Diese wird natürlich verschieden sein müssen je nach dem z. B. Streptococcen oder Influenzabacillen, oder Staphylococcen oder nur wenige oder gar keine Bacterien in dem Eiter gefunden werden. Bezüglich der Anwendung von Eisüberschlägen bei acuten Fällen habe ich die Erfahrung gemacht, dass dieselben häufig die Symphome maskiren. So hatte ich heute wieder Gelegenheit, einen Fall von acuter Mastoiditis zu operiren, bei welchem 3 Tage lang Eisüberschläge gemacht worden waren. Der Patient klagte nur wenig über Schmerzen, hatte aber leichte meningeale Reizungserscheinungen. Bei der Operation stellte sich heraus, dass die Veränderungen viel schwerere waren, als man nach den subjectiven Symptomen hätte annehmen müssen. Ich habe keinen Fall gesehen, wo die Heilung, wie dies der Vortragende von seinen Fällen berichtet, nur 3—5 Wochen beansprucht hätte, auch sind mir niemals ähnliche Berichte von anderer Seite zu Gesicht gekommen. Auch in chronischen Fällen lege ich einen gewissen Werth auf den microscopischen Befund im Sediment der Auswaschungsflüssigkeit des Mittelohres, insofern nämlich als ich das Vorhandensein von Epithelmassen (Cholesteatome) und Knochenpartikelchen als Indication betrachte zur operativen Behandlung; diese Indication liegt auch vor, wenn wir bei der Sondirung auf rauhen Knochen stossen. Bezüglich der Operation jener chronischen Fälle, wo eine chronische Osteitis oder Eburnisation des Knochens vorliegt, möchte ich darauf hinweisen, dass es oft schwierig ist, die harte Knochenwand des Canalis nerv. facialis aufzufinden, weil eben der ganze Processus mastoideus sehr hart ist. Dench und Pollitzer haben für solche Fälle empfohlen, sich die hintere Wand des Gehörganges durch eine horizontale Linie in eine obere und eine untere Hälfte getheilt zu denken und sich bei der Operation, durch welche die Zellen des Warzenfortsatzes, das Antrum, der Attic, das Mittelohr und der äussere Gehörgang in *eine* Höhle verwandelt werden, stets oberhalb dieser Linie zu halten und nach oben zu meisseln. Ein weiterer Punkt, den ich berühren möchte, ist die Methode der Gazetamponade, durch welche Dr. H. die neugebildeten Lappen an Ort und Stelle zu halten sucht. Ich habe gefunden, dass der obere Lappen meist

herunterfällt, wenn die Gaze zum ersten Male entfernt wird; um dies zu vermeiden, benütze ich silkwormgut, um sowohl den oberen als auch den unteren Lappen in der gewünschten Lage zu befestigen. Die Häufigkeit und Art der folgenden Verbände wird abhängen von der auftretenden Reaction. — Dr. Stein (Chicago) sprach vor Kurzem über die Pathologie und Therapie einer „Sclerosis" des proc. mast. und stellte als deren Hauptsymptom starke Schmerzen hin. Er operirte mit Erfolg zwei Fälle, bei denen die Schmerzen das einzige Symptom waren. Die Operation bestand darin, dass ein Theil der Knochenrinde des proc. mast. entfernt wurde und zwar zu dem einzigen Zwecke, die Schmerzen zu beseitigen. — Dr. J. Holinger (die Discussion schliessend): In meinem Vortrag legte ich das Hauptgewicht auf die Differentialindicationen der Schwartze'schen Operation (einfache Drainage) und der Radicaloperation (mit Plastik). Dr. Beck hält die bacteriologische Untersuchung für sehr wichtig. Es ist aber eine durch die Statistik genügend erhärtete Thatsache, dass bei allen möglichen bacteriologischen Befunden leichte, sowohl als schwerste Erkrankungen vorkommen können. Bezüglich der Anwendung von Eis sind ebenfalls die Indicationen in Schwartze's Handbuch so genau niedergelegt, dass wir kein Wort darüber zu verlieren brauchen. Was die Heilungsdauer anbetrifft, so möchte ich auf die Zeitschrift für Ohrenheilkunde, XII. Band, verweisen, wo in einem Aufsatz: „Jahresbericht d. Klinik — Basel für 1899" — die gleichen Angaben zu finden sind. Der Werth des Nachweises von Knochengries im Spritzwasser ist absolut irrelevant. Zum Beweis diene folgender Fall: Bei einem Jungen von 15 Jahren entfernte ich aus einer alten Cholesteatomhöhle neben einer Menge von Epidermisschuppen viel Knochengries und sogar einen erbsengrossen Sequester. Die Höhle selbst aber war vollständig epidermisirt und zeigte keinerlei floride Processe, besonders auch kein Eiter, es konnte also auch von einer Operation keine Rede sein. Ueber die feineren Details der Operation, besonders die Vermeidung des Facialis, konnte ich mich natürlich nicht auslassen; dies sind Fragen, die vor Fachotologen oder Fachchirurgen gehören. Ebenso die Nachbehandlung und Vernähung der Lappen. Ich bin zufrieden, wenn mir gelungen ist, den Herren die Art und Weise der Lappenbildung, die in verschiedenen Lehrbüchern sehr unverständlich beschrieben ist, an den kleinen Modellen klar zu machen. Endlich ein Wort über die sog. „Sclerose" des Warzenfortsatzes: Der Ausdruck Sclerose mit Bezug auf das Ohr bezeichnet etwas ganz anderes, und sollte nicht für diesen Zustand gebraucht werden. Was aber die Sache selbst angeht, so verhält sie sich ungefähr folgendermaassen: Dr. Stein hat zwei Patienten mit Erfolg operirt, welche an fortwährenden intensiven Schmerzen im Warzenfortsatz litten, ohne Mittelohrentzündung

oder Eiterung. Er fand in beiden Fällen Warzenfortsätze, die fast oder ganz aus Compacta bestanden mit wenig oder keinen Zellen. In dem schon mehrfach erwähnten Schwartze'schen Handbuch ist die Indication der Schmerzhaftigkeit zur Mastoidoperation auch angegeben, und ich habe selbst schon aus dieser Indication operirt, habe aber dort, trotzdem der schrecklichste Schmerz schon für Monate bestanden hatte, grosse Zellen im Warzenfortsatz gefunden. Also dieses Krankheitsbild des schmerzhaften Mastoidfortsatzes kann existiren ohne den pathologischen Befund des eburnisirten Warzenfortsatzes. Auf der anderen Seite finden wir viele eburnisirte Fortsätze bei alten chronischen Entzündungen und Eiterungen, wo die Patienten seit den ersten Tagen der acuten Mittelohrentzündung nie Schmerzen gehabt haben. Also der Name der Sache ist unglücklich gewählt, und das klinische Bild entspricht der Pathologie nicht immer.

5. Dr. A. Decker theilt mit, dass eine der Kranken, welche er wegen chronischer Nephritis mit Ameisensäureinjectionen behandelte, an einer intercurrenten Pneumonie gestorben ist. Vor Eintritt der letzteren war das Allgemeinbefinden, wie Patientin mehrfach versicherte, durchschnittlich ein besseres gewesen als vor der Injection. Der Eiweissgehalt scheint sich nicht geändert zu haben.

Schluss der Sitzung. Dr. L. N. Abele, Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Thiocol* stellt nach eingehenden Versuchen, die M. T. Schnierer in Wien angestellt hat, eines der sichersten und unschädlichsten Antidiarrhoica, insbesondere zur Behandlung subacuter und chronischer Enteritiden dar. Schon nach 2—3tägiger Behandlung tritt in chronischen Fällen eine Abnahme der Frequenz der Dejectionen ein, der dann auch eine Eindickung der Dejecte folgt. Auch ohne Verabreichung von Opiaten hören in den mit Thiocol behandelten Fällen die Schmerzen bald auf, offenbar eine Wirkung der in dem Präparate enthaltenen Guajacolsulfosäure, welcher anaesthesirende Eigenschaften zukommen. Ein besonderer Vorzug gegenüber den Tanninpräparaten liegt darin, dass das Thiocol, selbst einige Zeit nach Sistiren der Diarrhoe verabreicht, nie Obstipation erzeugt. Unangenehme Nebenwirkungen, wie Uebelkeit, Aufstossen, Erbrechen, Magendruck etc. wurden bei Thiocolgebrauch nie beobachtet. Was die Anwendungsweise des Thiocols als Antidiarrhoicum betrifft, so kann man das weisse, schwachbittere, geruchlose Pulver als solches oder in Lösung mit einem Geschmackscorrigens geben. Als zweckmässigste Form der Verabreichung bei Erwachsenen sind die Thiocol-Pastillen „Roche" zu empfehlen, die je 0,5 Thiocol enthalten und von denen man täglich drei Stück nehmen lässt. (Die Heilkunde, 1903, No. 6.)

— *Syphilisbehandlung mit Sublamin.* Wenn auch so weit die Quecksilberbehandlung der Syphilis wenig zu wünschen übrig liess, ist doch die

Frage, auf welchem Wege und in welcher Form das Mittel dem Körper am besten zugeführt werden kann, noch nicht in zufriedenstellender Weise gelöst. Die Schmiercur ist unrationell und ungenau, insofern wir bei derselben in keiner Weise wissen können, wie viel Quecksilber dem Organismus einverleibt und wie viel durch die Unterkleidung des Patienten der Einverleibung entzogen wird. Aehnlich verhält es sich mit der Einführung des Quecksilbers per os. Subcutane oder intramusculäre Einspritzung erscheint daher als die einzige rationelle Art der Quecksilberzuführung, allein leider zeigten alle bisher für diesen Zweck gebrauchten Quecksilberpräparate nicht unbedeutende Nachtheile. Sublimat wirkt eiweissfällend und verursacht dadurch derbe Infiltrationen und Schmerzen. Die übrigen löslichen Quecksilbersalze enthalten entweder nur wenig Quecksilber oder sind nicht löslich genug. Die unlöslichen Salze haben zwar den Vortheil, dass die Einspritzungen nicht so oft wiederholt zu werden brauchen, verursachen aber heftige Schmerzen und, im Falle sich Intoxicationserscheinungen zeigen sollten, ist es nicht möglich, den Ueberschuss der eingespritzten Dosis zu entfernen. Auf diese Weise verursachte Todesfälle ermuntern nicht zur allgemeineren Anwendung dieser Präparate.

Aus den obigen Gründen sah sich M. Friedländer in Berlin veranlasst, clinische Versuche mit einem neueren Quecksilberpräparate anzustellen, nämlich mit dem *Sublamin*, das sehr leicht löslich und nicht eiweissfällend ist. Er behandelte 15 Syphilitiker mit einer 3,4procentigen Lösung von Sublamin, womit er im Ganzen 280 Injectionen machte. Unter den Patienten befanden sich solche mit frischen Schankern, sowie mit secundären und tertären Erscheinungen, syphilitischen Affectionen im Munde, an der Zunge und am Kehlkopf. Sublamin wirkte genau in derselben Weise wie Sublimat, die primären Indurationen heilten ab, die papulösen Syphilide gingen zurück und in gleicher Weise gelangten die Mund- und Kehlkopfaffectionen zur Heilung. Aber zum Unterschiede von den Sublimatinjectionen waren die Reizerscheinungen an der Injectionsstelle nur ganz geringfügige. Alle Injectionen waren in die Glutaei gemacht worden, wobei es allerdings auch zu Infiltrationen kam, allein dieselben waren weniger ausgedehnt und verschwanden viel rascher als die durch Sublimat verursachten. Auch machte die Sublamineinspritzung viel weniger Schmerzen als das Sublimat. Unangenehme Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. Nach F. besitzen wir daher in dem Sublamin ein antisyphilitisches Mittel, das leicht löslich ist, die Injectionsnadel nicht so leicht verdirbt und bei gleicher Wirksamkeit wie das Sublimat nur wenig Schmerzen und unbedeutende Infiltration hervorruft. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 15. Feb. 1903.)

Kleine Mittheilungen.

— *Bekämpfung der Geschlechts-Krankheiten.* In der letzten Versammlung der American Medical Association wurde von den Sections

of Cutaneous Medicine and Surgery and Hygiene and Sanitary Science folgender Beschluss gefasst:

"*Whereas,* There is a burning necessity to check the spread of venereal diseases, and, assuming that the States cannot with impunity ignore the condition, it lies in the province of the medical profession to discuss and recommend to the respective State Legislatures and Municipalities means not regulamentative, but social, economic, educative and sanitary in their character, to diminish the danger from venereal diseases.

"*Resolved,* That the Section on Cutaneous Medicine and Surgery of the American Medical Association invite the Section on Hygiene and Sanitary Science to co-operate with the Section on Cutaneous Medicine and Surgery in bringing about a propaganda in the different States, looking toward a proper recognition of the dangers from venereal diseases, and to arrange for a national meeting under the auspices of the American Medical Association for the prophylaxis of venereal diseases, similar to the International Conference for he Prophylaxis of Venereal Diseases, which meets again this year at Bruxelles, under the authority of the Belgian Government."

Dieser Beschluss wurde später dem House of Delegates vorgelegt, welches denselben indossirte und seinerseits Folgendes beschloss:

"*Resolved,* That a joint committee of six from the Section of Hygiene and Sanitary Science and Cutaneous Medicine and Surgery be appointed by the President to stimulate study in and uniform knowledge of the subject of the prophylaxis of venereal diseases and to present to the American Medical Association a plan for a national meeting, similar to the International Conference for the Prophylaxis of Venereal Diseases, which meets again this year in Bruxelles, under the auspices of the Government of Belgium."

Das Committee on Prophylaxis of Venereal Diseases besteht aus folgenden Herren: Dr. Henry D. Holton, Brattleboro, Vt., Vorsitzender; Dr. Ludwig Weiss, New York, Secretär; Dr. George M. Kober, Washington, D. C.; Dr. W. H. Sanders, Montgomery, Ala.; Dr. L. Duncan Bulkley, New York; Dr. Frank H. Montgommery, Chicago, Ill.

Das Comité ersucht um die Mitwirkung sämmtlicher Aerzte, sowie um die Unterstützung der medicinischen Presse.

— Die *American Urological Association* hält ihre regelmässigen Versammlungen am ersten Mittwoch jeden Monats ab, ausgenommen in den Monaten Juli, August, September. Die Jahresversammlung findet unmittelbar nach der Jahreszusammenkunft der American Medical Association statt, und zwar in diesem Jahre am 8. und 9. Mai in New Orleans. Präsident der Gesellschaft ist zur Zeit Dr. Ramon Guiteras, Secretär Dr. Ferd. C. Valentine, 31 West 61. Strasse, New York City.

— Wir machen unsere Leser auf die der heutigen Nummer beigegebene Anzeige der Herren Eimer & Amend betr. des *Riva-Rocci'schen Sphygmomanometers* aufmerksam.

— Verzogen: Dr. Hermann Fischer nach 101 Ost 81. Strasse und Dr. E. G. Kessler nach 315 Ost 87. Strasse.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, April 1903. No. 4.

ORIGINALARBEITEN.

Ein weiterer Beitrag zur Anwendung der electrischen Lichtstrahlen bei Tuberculose.

Von Dr. W. Freudenthal, New York.

Die Anwendung electrischer Lichtstrahlen als therapeutisches Agens bei tuberculösen Erkrankungen der Respirationsorgane ist eine Errungenschaft der neuesten Zeit. Jeder neue Beitrag, der einen Fortschritt bezüglich der Physiologie oder Heilkraft dieser Strahlen erkennen lässt, wird sowohl von Aerzten wie Nichtärzten mit Freuden begrüsst. Wenn auch in letzter Zeit viel in dieser Hinsicht veröffentlicht wurde, so dürfte in Wirklichkeit daraus kaum ein nennenswerther Gewinn entstanden sein. Seit dem Erscheinen meiner letzten Arbeit*) wurden verschiedene Versuche angestellt, die vielleicht von grosser Wichtigkeit sein dürften. Bevor ich jedoch näher auf dieselben eingehe, will ich zuerst auseinandersetzen, was überhaupt wir von den electrischen Lichtstrahlen und insbesonders von dem electrischen Bogenlichte für die Behandlung constitutioneller Erkrankungen erwarten dürfen.

Als ich meine Versuche mit dem Bogenlichte begann, herrschte die Ansicht vor, dass alle Lichtstrahlen in die tieferen Gewebsschichten zu dringen im Stande seien. So hoffte ich zum Beispiel, auf diese Weise die Lungentuberculose angreifen und durch die violetten und ultravioletten Strahlen, die ja bekanntlich die

*) W. Freudenthal: Electric Light in Diseases of Respiratory Organs. N. Y. Medical Journal, July 12, 1902.

grösste bactericide Kraft besitzen, direct die Tuberkelbacillen vernichten zu können. Allein jetzt weiss man, dass bei der Phototherapie die Haut zwar sehr schön durchleuchtet wird, dass aber die ultravioletten Strahlen kaum die Epidermis durchdringen und nach den Angaben S t r e b e l's selbst in concentrirter Form nicht tiefer einzudringen vermögen. Die ebenfalls bactericiden blauen und violetten Strahlen werden von der obersten Gefässschicht der Brustwand absorbirt, während die rothen und ultrarothen Strahlen die Cutis durchdringen und bis zu den tieferen Gewebsschichten gelangen. Gewebe, die für gewisse Strahlen noch relativ durchlässig sind, lassen die letztgenannten Strahlen noch tiefer eindringen, so z. B. die Musculatur der Brust. Nach S t r e b e l in München muss hierbei nothwendigerweise eine Umsetzung der Lichtstrahlen stattfinden — temporäre Hemmung. Die Lichtstrahlen werden in Wärmestrahlen und vielleicht sogar in lange electrische Wellen umgesetzt. Die durchleuchtete Haut wird durchscheinend, erscheint in einem brillanten Roth und befindet sich daher naturgemäss unter ganz anderen Bedingungen als gewöhnlich. Es ist ferner leicht verständlich, dass eine derartige Durchleuchtung das Moleculargefüge der Gewebe sowie deren Functionen in irgend einer Weise beeinflussen muss; wir sehen daher als Folgen der Lichteinwirkung eine directe Beeinflussung des Chemismus sowie einen reflectorischen Reiz auf das Protoplasma und die Functionen der Gewebe.

Wir werden demnach in allererster Linie die Einwirkung des Lichtes auf die Haut beobachten können. Die Haut ist für den Stoffwechsel von ganz besonderer Wichtigkeit und trotzdem sind ihre Functionen mehr als die irgend eines anderen Organes vernachlässigt worden. Durch die Einwirkung des electrischen Lichtes wird der Stoffwechsel der Haut ganz bedeutend gesteigert und zugleich indirect auch der Stoffwechsel der tiefer liegenden Organe. So viel kann man vernünftigerweise von der Wirkung des electrischen Lichtes erwarten, während man kaum behaupten kann, dass dasselbe einen direct keimtödtenden Einfluss auf den Tuberkelbacillus in der Lunge ausübt, was übrigens auch gar nicht erforderlich ist.

Der Tuberkelbacillus entfaltet seine schädigende Wirkung nur sehr langsam, und wenn immer wir es mit einer Reininfection zu thun haben, werden wir kaum eine Temperatursteigerung wahr-

nehmen können, im Gegentheil sind subnormale Temperaturen, besonders morgens, viel häufiger anzutreffen. In solchen Fällen wird das electrische Licht den herabgesetzten Stoffwechsel anregen und die allgemeinen trophischen Störungen bis zu einem gewissen Grade beseitigen. Ich hatte mehrere derartige Fälle in Behandlung, bei denen das electrische Licht wie ein Zauber wirkte. Eine Patientin hatte zwei Wochen lang Morgentemperaturen von 97 und 96° F. und noch weniger. Sie fröstelte jeden Morgen und konnte sich nur mit der grössten Anstrengung erheben, um die ihr vom Arzte verordnete kalte Dousche zu nehmen. Sie verlor dadurch jegliche Energie und alles Kräftegefühl, so dass sie für den ganzen Tag unfähig war, irgend etwas zu thun. Hydrotherapeutische Maassnahmen waren hier ganz entschieden nicht am Platze gewesen, wenigstens hätten nur heisse Bäder verabreicht werden sollen.

Am 14. September 1902 consultirte mich die Patientin und theilte mir bei dieser Gelegenheit mit, dass sie Tags zuvor eine Morgentemperatur von 105,8° F. gehabt habe. Ich liess sofort das electrische Licht direct auf die Haut einwirken und zwar ohne blauen Schirm, da ich in diesem Fall zugleich auch die Wärmewirkung ausnützen wollte. Die Patientin ertrug die Behandlung ausgezeichnet und befand sich dabei viel wohler als zuvor. Am nächsten Morgen betrug die Temperatur 97°, was eine entschiedene Wendung zum Bessern bedeutete. Am Ende der Woche stieg die Temperatur Morgens auf 97,5°, als Patientin sich plötzlich erkältete. Sie blieb fünf Tage zu Hause und nahm auf meinen Rath hin jeden Morgen ein warmes Bad, aber sichtlich nicht mit so gutem Erfolge, wie dies bei der Lichtbehandlung beobachtet worden war. Die Temperatur fiel wieder auf 95,6 und 95,8°. Patientin wurde dann für die Dauer von zwei Wochen in der regelmässigen Weise behandelt und verliess die Stadt subjectiv bedeutend gebessert. Die letzte Morgentemperatur hatte 98° betragen.

Ich muss die Behandlung in diesem Falle als erfolgreich ansehen, nachdem die subnormalen Temperaturen geschwunden waren, der Appetit sich etwas gebessert hatte und der Gesammtstoffwechsel in ausgesprochener Weise gesteigert worden war, und mehr hatte ich auch nicht erwartet. Wenn auch diese Art der Behandlung in der Privatpraxis bei bettlägerigen Kranken

wohl nicht angewandt werden kann, sehe ich doch nicht ein, warum dies in einem Sanatorium nicht geschehen sollte. Ich glaube vielmehr, dass in Zukunft ein jedes Sanatorium für Tuberculöse mit einem Apparat für Lichttherapie ausgestattet werden wird, so dass jeder Patient, der eine derartige Behandlung benöthigt und Nutzen von derselben ziehen kann, sie auch erhalten kann.

Ein weiterer Vorzug der Behandlung mit electrischem Lichte besteht in ihrer schmerzstillenden Wirkung, auf die ich schon in früheren Arbeiten hingewiesen habe und von der ich jetzt noch mehr überzeugt bin wie früher. Es giebt Fälle von Tuberculose, bei denen die Schmerzen auf gar keine andere Weise als durch die Einwirkung des electrischen Lichtes gelindert werden können. Ich habe hier nicht die Dysphagie als Folge der Larynxgeschwüre, von denen ich später sprechen werde, im Auge, sondern alle die „intercostalen", „neuralgischen" Schmerzen in Brust und Unterleib, die wir so häufig bei Schwindsüchtigen antreffen. Der folgende Fall wird dies illustriren:

F. O., 17 Jahre alt, Schüler einer Hochschule, war bereits von mehreren bedeutenden Aerzten in hiesiger Stadt behandelt worden. Beide Lungen afficirt, Herz nach rechts verlagert, Aortenaneurysma. Geringer Husten Nachts und Nachtschweisse. Temperatur in meinem Sprechzimmer um 10 Uhr Morgens 100,6°, Puls 130. Seine Hauptbeschwerden waren Schmerzen im Abdomen und Diarrhoen (4—5 Stühle täglich). Die Schmerzen waren so stark, dass Patient sich nicht länger wie einige Minuten auf seinen Füssen halten konnte. Sie verschwanden vollständig schon nach den ersten Applicationen von electrischem Licht und zugleich damit hörte auch die Diarrhoe auf, um bis heute, i. e. vier Monate später, nicht wiederzukehren. Diese Beobachtung habe ich schon so oft gemacht, dass ich berechtigt zu sein glaube, diese therapeutische Maassregel den Collegen zu empfehlen.

Nun existirt noch eine andere Behandlungsweise, die ich in letzter Zeit bei Kehlkopftuberculose angewandt habe, nämlich mit dem sogenannten Hochspannfunken und mit dem inducirten Strom. Es erscheint vielleicht auffallend, diese beiden in einem Aufsatze über Lichttherapie zu erwähnen, allein ich glaube doch, dass sie hierher gehören. Die auf diese Weise erzeugten Funken besitzen einen derartigen Reichthum an violetten und ultravioletten Strahlen, dass wir sie nicht unberücksichtigt las-

sen können, zumal ihr therapeutischer Nutzen zu auffallend ist. Da ich diese Art der Behandlung einzig und allein bei Fällen von Larynxtuberculose angewandt habe, beschränkt sich meine Erfahrung damit nur auf derartige Fälle, auch scheint mir, dass die caustische Wirkung der Funken mit in Erwägung gezogen werden muss. In jedem Falle hatte die Behandlung, wo immer Epithelverluste und Geschwüre vorhanden waren, einen entschieden narcotischen Effect. Die Patienten verspürten Erleichterung, die Dysphagie besserte sich und in manchen Fällen begannen die Ulcerationen zu vernarben. Zugleich mit dem Funken erhielten die Patienten eine Art Vibrationsmassage, wovon man sich an der eigenen Hand überzeugen konnte. Je grösser die Funken, desto mehr Vibrationen verspüren wir. Ich bin der Ansicht, dass diese Massage ebenfalls zur schmerzstillenden Wirkung der Funken beiträgt. Wir können ähnliche Wirkung der Vibration an anderen Körperorganen beobachten.

Ich konnte weder Schorf noch sonstigen caustischen Effect der Funken beobachten, weshalb meine Vermuthung einer derartigen Wirkungsweise der Funken sich nur auf theoretische Gründe stützt. Die violetten und ultravioletten Strahlen sind jedoch sicher vorhanden und wenn dieselben direct auf die ulcerirte Fläche applicirt werden, ist ihre schmerzlindernde Wirkung eine viel bedeutendere, als bei der Anwendung des electrischen Lichtes auf die intacte Haut.

Ich wandte den Hochspannfunken zuerst auf die Anregung von Dr. Wm. B. Snow hin an, der grosse Erfahrung mit der statischen Electricität hat. Betreffs Einzelnheiten verweise ich daher die Leser auf dessen demnächst erscheinende Arbeit und will ich hier nur anführen, dass ich Dr. Snow's Electroden und Vacuumröhren, welche die geeignete Biegung für den Larynx haben, benützte. Die Anwendungsweise ist nicht schwierig, nicht gefährlich und nicht einmal unangenehm, wenn einigermaassen mit Sorgfalt zu Werke gegangen wird. Natürlich kann man keinen Reflector benützen, da man zu nahe an den Patienten heran müsste und dabei sowohl von diesem als auch von dem Metall des Spiegels Funken ziehen würde. Wir gebrauchen eine lange Vacuumröhre oder eine hölzerne Electrode mit Larynxkrümmung und führen dieselbe in den nicht beleuchteten Kehlkopf. Für den nur einigermaassen in der Laryngologie Erfahrenen ist

es nicht schwer, die Epiglottis zu passiren, was die Hauptsache ist, und ist man einmal an dieser vorbei, dreht man das Ende der Electrode sehr langsam nach der Seite des Geschwüres hin, und dieses kann nicht gefehlt werden. Der Patient wird selbst sagen, ob man an der richtigen Stelle ist oder nicht. Bei den kleinen räumlichen Verhältnissen des Larynx erfüllen die Funken augenscheinlich das ganze Lumen desselben.

Das erstmalige Einführen der Electrode ist meistens etwas schmerzhaft. Der Patient spürt die Funken an der Lippe und in der Mundhöhle. Es empfiehlt sich daher, von Anfang an die Funkenlänge so klein wie möglich zu machen und dieselbe langsam durch einen Assistenten vergrössern zu lassen. Der Patient kann die Application nicht länger wie zwei bis drei Minuten ertragen, allein in einer Sitzung können leicht sechs bis zehn Minuten Behandlung gegeben werden. Die Zahl der auf diese Weise behandelter Patienten ist bis jetzt noch zu gering, als dass daraus bestimmte Schlüsse gezogen werden könnten, doch stehe ich nicht an, Ihnen mitzutheilen, dass die bis jetzt erzielten Resultate sehr ermuthigend sind und weitere Versuche in dieser Richtung rechtfertigen.

Das Studium des Lichtes hat bereits gute Früchte gezeitigt und wird in Zukunft dies noch mehr thun und zwar nicht nur bezüglich der Behandlung von Krankheiten, sondern auch betreffs deren Verhütung. Ein Laie, R i k l i aus Tyrol, hat zuerst von der Behandlung Gebrauch gemacht und Dr. L a h m a n n (Weisser Hirsch bei Dresden) war der erste Arzt, der seine Patienten nackt herumgehen liess, und zwar auch im Winter, und, wie ich mich selbst überzeugt habe, mit ausgezeichneten Erfolgen. So viel ist sicher, dass wir für unsere Wohlfahrt mehr Licht brauchen, und es ist hohe Zeit, dass wir uns daran gewöhnen, unseren Körper, mehr als dies bis jetzt geschehen ist, den Lichtstrahlen auszusetzen. Dieser so einfache Theil der Allgemeinhygiene wurde bisher fast gänzlich vernachlässigt. Wenn wir ihm mehr Zeit und Studium widmen, werden wir nicht nur viele Hautkrankheiten verhüten, sondern auch manche innere Schädigungen und vielleicht vielen schweren Erkrankungen vorbeugen.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

J. W. Runeberg: *Die syphilitischen Herzaffectionen.*

Die volle Einsicht von der äusserst bedeutenden Rolle, welche das syphilitische Gift auch in so vielen Fällen von Krankheiten in den zentralen Circulationsorganen spielt, von der Möglichkeit, am Krankenbette eine sichere oder wahrscheinliche Diagnose zu stellen, und von der grossen Wichtigkeit, welche darin liegt, so früh wie möglich zur specifischen Therapie schreiten zu können und dieselbe consequent durchzuführen, diese Einsicht hat das allgemeine Bewusstsein der Aerzte noch nicht durchdrungen, wenigstens lange nicht in demselben Grade, wie es bei der Gehirn- und Rückenmarkssyphilis der Fall ist. Nach einer Uebersicht über die vorhandene Literatur betont R., dass es gegenwärtig nicht möglich ist, auch nur annäherungsweise die Frequenz der syphilitischen Herzaffection an und für sich oder im Verhältniss zur Syphilis in anderen inneren Organen statistisch anzugeben. Unter den Formen, in denen die syphilitischen Affectionen in den centralen Cirkulationsorganen auftreten, steht in erster Reihe die sclerogummöse Arteriitis in den Coronararterien des Herzens mit ihren Folgen, der fibrösen Myocarditis oder der Myomalacie und den secundären, bindegewebigen Schwielen. Ihrem anatomischen Character nach ist diese Affection der Coronararterien den häufig vorkommenden und heutzutage verhältnissmässig wohl bekannten sclerogummösen Arteriiten in den Arterien an der Gehirnbasis vollständig analog. Die klinischen Symptome sind die einer wirklichen Angina pectoris, dabei eine nicht distincte, sogar undulirende Pulswelle von unregelmässigem Rhythmus und ungleichmässiger Stärke, die Herztöne sind nicht so klangvoll wie die normalen, meistens ganz dumpf, aber ohne Nebengeräusche. In der Regel fehlen Herzhypertrophie oder Dilatation und Symptome irgend welcher Stase. Nur bei Complication mit mehr ausgebreiteten gummösen Prozessen in der Herzmusculatur selbst findet sich Dilatation des Herzens und damit eine venöse Stase. In den meisten Fällen tritt Exitus durch eine plötzliche Herzlähmung ein, meistens in einem Anfall von anginösen Schmerzen. Die Differentialdiagnose gegen pseudoanginöse Schmerzen, die durch eine allgemeine Neurose oder durch einige toxische Einflüsse, besonders Nicotinintoxication, bedingt sind, macht im allgemeinen wenig Schwierigkeiten. Dagegen bereitet grössere Schwierigkeiten die Differentialdiagnose zwischen einer sclerogummösen Coronararteriitis und einer durch andere Krankheitsursachen entstandenen Sclerose der Coronararterien. Leider sind dabei die anamnestischen Mittheilungen über eine frühere syphilitische Infection häufig sehr trügerisch. Wichtig ist aber, dass die gummöse Arteriitis gewöhnlich ein localisirter oder mehr be-

grenzter Process, oft nur auf die Coronararterien beschränkt, zuweilen mit einer Aortitis, aber sehr selten mit einer über das ganze Arteriensystem ausgebreiteten Sclerose verbunden ist. Ferner kommt die gummöse Coronararteriitis im Gegensatz zur Coronarsclerose aus anderen Ursachen am häufigsten bei jungen oder bei Personen im mittleren Alter vor. Nach R.'s Auffassung ist eine mit Symptomen der Angina pectoris verbundene Coronararteriensclerose ohne Herzhypertrophie und ohne irgend welche anderen Symptome einer verbreiteten Arteriosclerose bei einer Person unter 50 Jahren in acht Fällen von zehn durch eine gummöse Coronararteriitis verursacht. Bei Personen von höherem Lebensalter mit Herzhypertrophie oder anderen Symptomen einer verbreiteten Arteriosclerose neben den anginösen Symptomen kann wohl Syphilis zuweilen eine Rolle spielen, meistens aber liegt dem Processe dann Altersscleroseoder chronische Endarteriitis zu Grunde. — Ihrer Frequenz und practischen Bedeutung nach ist unter den syphilitischen Affectionen der Circulationsorgane ferner die sclerogummöse Aortitis nebst ihren nächsten Folgen, den Aortenklappenfehlern und den aneurysmatischen Erweiterungen der Aorta zu nennen. In vielen Fällen dieser Affectionen, besonders wenn die Aortenklappen in den Process verwickelt sind, gesellen sich Herzhypertrophie und andere Muskelaffectionen des Herzens zu der Krankheit in der Aortawand. Wie bei den Coronararterienaffectionen rühren auch hier bei Personen unter 50—55 Jahren die allermeisten Fälle von subcutaner und chronischer Aortitis und ihren Folgen, wenn nicht zugleich eine verbreitete Arteriosclerose vorhanden ist, von einem gummösen Process in der Aortenwand her. Für die starken ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Aortenaneurysmen sprechen ebenso die anatomische Beschaffenheit der Veränderungen in der Aortenwand wie das immer unzweideutiger hervortretende Verhältniss, dass die allermeisten Fälle von Aortenaneurysmen da vorkommen, wo früher luetische Infection vorhanden war; auch die vielfach betonte günstige Wirkung der Behandlung mit Jodkalium und Quecksilber sprechen für die obengenannten Beziehungen. Es soll allerdings nicht geleugnet werden, dass auch die nichtluetische, chronische Endarteriitis zuweilen nicht nur einem dissecirenden, sondern auch einem echten Aortenaneurysma zu Grunde liegen kann. Die Symptome der Aortitis im Anfangstheil der Aorta rühren her theils von dem Reiz des entzündeten und mehr oder weniger dilatirten Gefässes auf die Nerven der nächsten Umgebung, theils von den Herzveränderungen und Circulationsstörungen, theils davon, dass die Coronararterien an dem Process theilnehmen und anginöse Schmerzen verursachen. Demnach bietet die Diagnose nicht selten grosse Schwierigkeiten und auch bei nicht sicherer Diagnose ist wohl bisweilen eine vorsichtige specifische Behandlung am Platze. Sehr viel seltener

als die bisher erwähnten Formen sind circumscripte oder diffus gummöse Affectionen der Herzmusculatur; die ersteren sind wegen zu unbestimmter Symptome überhaupt nicht, die letzteren nur dann zu diagnosticiren, wenn sie in Verbindung mit gummöser Coronararteriitis unter dem Bilde einer Myocarditis verlaufen. Ganz besondere Seltenheiten sind gummöse Pericarditis, die in einzelnen Fällen als primäres Leiden wahrgenommen wurde, und gummöse Endocarditis, deren primäres Vorkommen bezweifelt wird. R.'s Auseinandersetzungen gelten nur für die erworbene Syphilis, die specifische Behandlung bei diesen Affectionen hält er für sehr wichtig. Frische gummöse Neubildungen in den Gefässwänden und in dem Herzmuskel können dadurch noch zur Resorption gebracht werden, und in Fällen, wo die secundären Folgen derselben, ausgebreitete Degenerationen und Schwielenbildung der Herzmusculatur oder bedeutende Erweiterungen der Aorta oder Schrumpfungen der Klappen noch nicht zur Entwicklung gekommen sind, kann man eine beinahe vollständige Heilung erreichen. Auch in Fällen, wo die Affection sich schon in einem weiter vorgeschrittenen Stadium befindet und wo schwere secundäre Processe zu Stande gekommen sind, können noch durch eine anhaltende und consequent durchgeführte antiluetische Behandlung bedeutende Besserungen erreicht und kann die weitere Entwicklung des Krankheitsprocesses gehemmt oder wenigstens verzögert werden. Auch bei grösseren Aortenaneurysmen und weit fortgeschrittenen gummösen oder schwieligen Myocarditen ist die specifische Behandlung nicht ohne Resultat, wenn man auch darauf verzichten muss, eine vollständige Heilung zu erzielen. R. hebt schliesslich noch einmal die eminent practische Wichtigkeit der syphilitischen Herzaffectionen hervor, indem er sie in Parallele stellt mit den syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems. (Deutsche med. Wochenschr., 1903, No. 1—2, ref. Deutsche Praxis, 1903, No. 6.)

C u r s c h m a n n jun.: *Ueber traumatische Nephritis.*

In neuester Zeit hat S t e r n die Frage der Nephritis traumatica in allgemein pathologischer und klinischer Hinsicht eingehend behandelt und das bisher bekannte Material gesichtet und geordnet. Er kommt zur Aufstellung verschiedener Gruppen der Krankheit, unter denen Verf. als in ihrer traumatischen Eigenart am besten begründet und für den mitgetheilten Fall massgebend nur die eine hervorheben möchte: nämlich die Gruppe jener lange Zeit, über Jahresfrist, dauernden Eiweiss- und Cylinderausscheidungen nach Nierenläsionen traumatischer Art, bei denen es nie zur Ausbildung sonstiger nephritischer Symptome kommt. Der veröffentlichte Fall ist folgender: Ein bisher ganz gesunder Tiefbauarbeiter wurde am 3. Juli 1899 von einer rotirenden Kurbel heftig an der rechten Seite von Brust und Bauch getroffen, er-

hielt aber ausserdem erhebliche Quetschungen. Von dem behandelnden Arzt wurde in der rechten Bauchseite, in der Nierengegend, eine kopfgrosse Geschwulst durch Palpation festgestellt. Es bestand anfangs Anurie und dann Oligurie mit Schmerzen. In der Folge entwickelte sich eine allgemeine Depression und im Herbst 1900 wurde zum erstenmal etwas Albumen im Harn nachgewiesen. In der chirurgischen Klinik wurde später zweimal, als Patient zur Begutachtung eingewiesen wurde, Albumen festgestellt. Von letzterer wurde die Ueberweisung in die medicinische Klinik angeregt. — Verf. giebt nun einen genauen Status vom 3. XII. 01. Betreffend den Urin sei hervorgehoben: Die Eiweissmenge betrug stets ½ pro mille E s b a c h. Beim Centrifugiren liess sich (aus dem Urin jeder Tageszeit) ein minimales Sediment gewinnen, das microscopisch enthielt: in spärlicher Anzahl hyaline und granulirte Cylinder, die ersteren seltener wie die letzteren, bisweilen cylindroide, wenig Epithelien und einige Leucocyten. Ausserdem ziemlich viel Urate (Wetzsteinformen und amorph). Der steril aufgefangene Catheterurin enthielt keine Keime. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass es sich um nichts anderes als um durch das Trauma hervorgerufene Nephritis handeln kann. (Münch. Med. Wschr., 1902, No. 38.)

S p r i n g e r: *Venaesectio bei Urämie im Verlaufe der postscarlatinösen Nephritis.*

Die Erfahrungen Verfassers sprechen dafür, dass bei Urämie im Verlaufe der scarlatinösen Nephritis auch an Kindern, besonders in Fällen mit schweren Cerebrospinalerscheinungen und gespanntem harten Pulse, sich die Vornahme der Venaesectio in Verbindung mit subcutaner Infusion von Kochsalzlösung in der That sehr empfiehlt. Man hat in demselben, wenn auch kein absolut sicheres, so doch immerhin ein meist günstig wirkendes, auch in der häuslichen Praxis anwendbares Mittel, jedenfalls verlässlicher und rationeller als die Narcotica, insbesondere die Chloroform-Inhalationen, die nur zu oft im Stiche lassen. In solchen schweren Fällen ist es daher gerathen, mit letzteren nicht erst Zeit zu verlieren, sondern gleich zum Aderlass zu greifen. Derselbe soll aber nur für schwere Fälle mit ausgesprochenen urämischen Symptomen reservirt werden; die Erfahrung lehrt, dass die meisten, auch schweren Scharlachnephritiden selbst mit leichten urämischen Erscheinungen auch ohne solchen Eingriff zurückgehen. Ob schon vor Ausbruch der Urämie die Nephritis durch Venaesectio günstig beeinflusst würde, muss vorläufig dahingestellt bleiben. (Prager med. Wschr., 1902, 8—10.)

Z d e k a u e r: *Formalin bei Diphtherie.*

Z. hat bei einer Scharlachepidemie, die vielfach mit Rachendiphtherie verbunden war, den diphtheritischen Belag direct mit

Formalinpinselungen resp. -Einreibungen behandelt. Die Pinselung hat er derart vorgenommen, dass er einen in reines Formalin (Formaldehyd 40 proz. Lösung) getauchten Wattebausch ordentlich ausdrückte und denselben an ein Holzstäbchen mittels eines Fadens befestigte. Die affizierten Stellen wurden damit eingerieben, wobei etwaige Würgebewegungen insoferne günstig sind, als die Tonsillen vorgedrängt werden, wodurch auch die rückwärtigen Partien für den Bausch zugänglich werden. Das nach dem Pinseln auftretende Brennen lässt sich durch Trinkenlassen von Wasser oder Milch sofort beheben. Vergiftungserscheinungen hat Verf. nie beobachtet. Die gepinselten Tonsillen schrumpfen stark. Die Erfolge waren recht ermunternd, besonders bei einer schweren Diphtherie mit septischen Erscheinungen. (Prager med. Wschr., 1902, 9.)

L. v. Schröter: *Zur Diagnose des in der Brusthöhle verborgenen Aortenaneurysmas.*

Ein 45jähriger Arbeiter, der bisher nie irgendwie erheblich krank war, auch sonst keinerlei Klagen hatte, kam wegen eines Nasenleidens in die Ambulanz des Verfassers. Bei der allgemeinen Untersuchung des Mannes fiel sofort der Zustand der Halsarterien auf. Beide Carotiden waren auffallend weit, in der Wandung dicker, sehr stark geschlängelt. Dies veranlasste, das Herz und das übrige Gefässsystem einer genaueren Untersuchung zu unterziehen. Ausser Sclerose an den Arterien der oberen Extremitäten fand sich jedoch weiter nichts Abnormes vor. Das Herz war in normaler Lage, nicht vergrössert, die Töne rein. Da der Zustand der Carotiden bei dem Alter des Patienten immerhin zu den selteneren gehört, so wurde eine Röntgenaufnahme der Thoraxgebilde vorgenommen. Dabei ergab sich ein ganz beträchtliches Aneurysma, das ohne Zweifel dem unteren Theile des Bogens und dem Anfangstheile der Aorta descendens angehörte. Der schwer arbeitende Mann klagte über keinerlei Erscheinung, die auf die fragliche Erkrankung hinwies; es bestanden an den Brustorganen, ebenso entsprechend dem Mediastinum, keine abnormen Verhältnisse, weder durch die Palpation, noch durch die Percussion und Auscultation nachweisbar. Es muss noch besonders hervorgehoben werden, dass sich weder von den gewöhnlichen Cardinalsymptomen, noch auch von den selteneren Symptomen, wie sie mitunter bei Aneurysmen bestehen, eines vorfand. Der Sympathicus wies nach der Untersuchung keine Erscheinungen auf; es bestand kein „Cardarelli". Die Lichtung der Trachea war nicht beeinträchtigt, ihre Wand pulsirte nicht. Zwar bestand eine geringere Beweglichkeit des linken Stimmbandes, allein diese wurde erst gefunden, als Verf., nachdem das Aneurysma schon erkannt war, nach dem Zustande der einzelnen Organe forschte, und deshalb auch die Trachea und den Kehlkopf ein-

gehend untersuchte. Ausserdem war dieselbe nur in sehr geringem Grade ausgeprägt, so dass es fraglich bleibt, ob ihr ein diagnostischer Werth beigelegt werden kann. Die Dignität dieses Befundes lässt sich vielmehr erst durch den weiteren Verlauf beurtheilen, wobei sich zeigt, ob sie sich steigert oder ob sie andauert. Der Fall zeigt, dass unter Umständen grosse Aortenaneurysmen vollkommen beschwerdelos ertragen werden. (Wiener klin. Wochenschrift, No. 38.)

Krönig: *Geburtsleitung beim engen Becken.*

Eingangs seiner Arbeit theilt Verfasser die Ansichten von Tarnier und Bulius über diesen Gegenstand mit, bespricht dann die trotz der Scutsch-Zweifel'schen Verbesserung des Beckenmessers dieser Methode noch anhaftenden Fehlerquellen. Verfasser führt dann des weiteren aus: Da wir die Configurationsfähigkeit des kindlichen Kopfes, die Art der Einstellung desselben, die Stärke der Wehen erst während des Verlaufs der Geburt abschätzen können, so müssen wir als den wichtigsten Factor bei der Leitung der Geburt beim engen Becken die Beobachtung des Geburtsverlaufs hinstellen zur Beurtheilung, ob das Missverhältniss zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken ein solches ist, dass die natürlichen Kräfte allein den kindlichen Kopf nicht austreiben können.

Nur unter bestimmten Verhältnissen können wir die Beobachtung des Geburtsverlaufs entbehren, nämlich dann, wenn wir es mit Beckenverengerungen zu thun haben, bei welchen nach den bisherigen Beobachtungen am Gebärbett unter keinen Umständen die Ausstossung eines lebenden Kindes zu erwarten ist. Auf Grund grossangelegter Untersuchungen des Verfassers an der Leipziger Frauenklinik ergab sich, dass man die Grenze der Gebärmöglichkeit eines ausgetragenen Kindes bei einfach oder rhachitisch plattem Becken bei ca. 7 cm C. v. setzen darf, bei allgemein verengten Becken schon bei einer C. v. unter 7,5 cm.

Da bei plattem Becken mit einer C. v. von über 7,0 cm die spontane Geburt möglich ist, so ist es von Wichtigkeit, zunächst ein Urtheil darüber zu gewinnen, wie häufig denn, eine Kopflage des Kindes vorausgesetzt, entsprechend den Erfahrungen am Gebärbett, zu erwarten ist, dass je nach der Grösse der C. v. eine spontane Geburt erfolgt. Zu diesem Zwecke giebt Verfasser einige Tabellen bekannt, bezüglich deren Ref. auf die Originalarbeit verweisen muss.

Diejenigen Operationen, welche man zur Verbesserung der Prognose für das Kind bei engem Becken angegeben hat, sind folgende: 1. die prophylactische Wendung, 2. die hohe Zange, 3. die Einleitung der künstlichen Frühgeburt, 4. die Symphyseotomie und 5. der Kaiserschnitt.

Als berechtigt vom theoretischen Standpunkt aus sind anzu-

erkennen die Symphyseotomie und der Kaiserschnitt, die drei anderen Operationen sind in ihrem Erfolg nicht einwandsfrei; folgt Begründung.

Während über die Symphyseotomie und den Kaiserschnitt zur Erzielung einer günstigeren Prognose für das Kind bei engem Becken wohl kaum eine Discussion möglich ist, ist dagegen über die Werthigkeit der drei anderen Operationen bis heute eine Einigung unter den Geburtshelfern nicht erzielt.

Verfasser bespricht zunächst die Gefahren der prophylactischen Wendung, hierauf die hohe Zange, die er völlig verwirft. Wie steht es nun mit der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft? Die auf diese Art gewonnenen Kinder erliegen sehr leicht den Traumen des extrauterinen Lebens.

Diese Operationen erfüllen also nicht die auf sie gesetzten Hoffnungen, sondern es bleiben uns, wenn wir nicht ruhig exspectativ verfahren und die Cranioclasie des lebenden Kindes bei Gefahr der Mutter ausführen wollen, nur zwei Operationen zur Besserung der Prognose des Kindes übrig, nämlich die Symphyseotomie und der Kaiserschnitt, deren Besprechung der Schluss der Arbeit gewidmet ist. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1902, No. 32.)

Klotz: *Die Behandlung der acuten und subacuten Gonorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen.*

Klotz versuchte, durch Einspritzungen möglichst starker gonococcentödtender Lösung (meist von Silbersalzen), die vom Arzte selbst gemacht werden sollen, und durch dazwischen vom Pat. vorgenommene milde antiseptische und adstringirende, entzündungswidrige Einspritzungen das Ideal der Gonorrhoebehandlung zu erreichen; schnelle Abtödtung der Gonococcen und Milderung der Entzündungserscheinungen. Er stellte durch jahrelange Beobachtungen fest, dass medicamentöse Flüssigkeiten von der Schleimhaut der Harnröhre viel besser und mit geringeren Reizerscheinungen vertragen wurden, wenn dieselben von hinten nach vorn, d. h. vom Bulbus nach dem Orificium zu die Harnröhre durchfliessen. Der Verf. brachte mittelst einer eigens construirten Spritze oder eines Catheters 3 cm^3 einer ¼—½proz. Argt. nitr.-Lösung in den Bulbus, hielt durch Zuhalten des Orificiums die Lösung zwei Minuten in der Urethra und liess sie dann herausfliessen, um die Procedur sofort zu wiederholen. Das Brennen dauerte nie länger als ¼—½—1 Stunde. Um die Verschleppung der Gonococcen nach hinten vorzubeugen, räth der Verf., bald nach dem Passiren der Fossa navic. die Flüssigkeit tropfenweise ausfliessen zu lassen und durch festes Zuhalten vorn ein Herausfliessen zu hindern. Ausser Argt. nitr. hat der Verf.

mit gutem Erfolge angewendet: Argonin (bis zu 10proz. Lös.), Protargol (in 2—4proz. Lös.) und in letzter Zeit Albargin (in 1—2—5proz. Lösungen, am besten in 2proz.). Der Verf. hält die letzteren für besonders geeignet, in die Tiefe einzudringen, und glaubt nicht, dass der Silbergehalt der einzelnen Präparate die Hauptrolle spielt.

Um den Reizerscheinungen, die auch die mildesten Silbersalze auslösen, zu begegnen und um die Schleimhaut widerstandsfähiger zu machen, empfiehlt K., zwischen den Silbersalzinjectionen solche mit adstringirenden und antiseptischen Mitteln machen zu lassen, z. B.:

Acid. boric.		1,5
Plumb. acet.		
Zinc. sulfur.	aa	0,75
Glycerin		5,0
Aqu.		120,0

Es würde dadurch und zwar ohne Schädigung für den Krankheitsverlauf, die Menge der Secretion verringert, was für den Pat. angenehm und aus hygienischen Gründen wünschenswerth erschiene.

Der Verf. giebt zu, dass die Heilung mit dieser Methode der Behandlung ebensowenig absolut sicher ist, als mit der sonst geübten, hält sie aber für schneller erfolgend und hat ein Weiterschreiten der Infection auf die hintere Harnröhre etc. nur sehr selten beobachtet. Als Criterium für die Heilung betrachtet K. das Verschwinden der Gonococcen, und zwar wenn wochenlang der Nachweis derselben nach Aufnahme der gewohnten Lebensweise des Pat. nicht mehr gelingt; dagegen hält er den Nachweis einzelner Epithelien und Eiterkörperchen für unerheblich.

Ueber die Häufigkeit, mit der K. die starken Silbersalzinjectionen und die schwachen Bor-, Zink-, Plumb.-Injectionen abwechseln lässt, muss das Original nachgelesen werden. Erwähnt werden soll noch, dass er bei sehr starken Entzündungserscheinungen sehr gute Erfolge von innerlichem Gebrauch von Natr. salicyl. (mit und ohne Extr. Belladonn.) sah. Er ordinirt:

Natr. salicyl.	12,0 —15,0
Extr. Belladonn.	0,15— 0,20
Aqu. Menth. pip.	100,0

M.D.S. 2—3 stündl. 1 Theelöffel.

Wenn die Behandlung auch nach den Erfahrungen des Autors meist viel kürzer ist, so betrachtet er dieselbe doch nicht als eine abortive. Er legt mit Recht einen grossen Werth darauf, dass gerade im ersten, acuten Stadium die Behandlung sehr in den Händen des Arztes liegt. (Archiv f. Derm. und Syph., 1902, Bd. LX, No. 3, ref. Deutsche Praxis.)

Moritz Meyer: *Erfahrungen über die Anwendung von Terpentinöl und verwandten Mitteln bei Blinddarmentzündung.*

Verfasser verordnete zunächst in einem Falle von Empyem den er mit einfachem Schnitt und Einführen eines Drains behandelte, Ol. Terebinthinae mit gutem Erfolg; aus der beigegebenen Krankengeschichte ersehen wir, dass die Eiterung eine auffallend kurzdauernde war. Ol. Tereb. wurde dreimal täglich fünf Tropfen ordinirt. Eine eingetretene Nierenreizung ging nach Aussetzen des Mittels bald zurück. Die resorptive Wirkung dieses Mittels erhellt aus diesem Fall und Verf. kam immer mehr dazu, dasselbe als Antiphlogisticum und Resorbens zu schätzen.

In ähnlicher Weise liess sich bei Blinddarmentzündung, nachdem bereits ein Exsudat ausgebildet war, die Terpentinöldarreichung zur Beschleunigung von Resorptionsvorgängen rechtfertigen. Beim Beginn der Erkrankung aber war mehr der Gesichtspunkt maassgebend, dass Terpentinöl ja auch bei infectiösen puerperalen Erkrankungen den Meteorismus günstig zu beeinflussen und die Darmthätigkeit anzuregen vermag.

Verfasser verfügt über zwölf regelmässig beobachtete Fälle aus den letzten sieben Jahren, in denen er anfangs vorsichtig, später mit grösserer Sicherheit das Opium durch Ol. Tereb. oder verwandte Mittel ersetzte. Es handelte sich um fünf Männer im Alter von 20—40 Jahren, zwei Frauen, fünf Kinder (Knaben) mit dem Ergebniss, dass bei ausschliesslich innerer Medication Genesung eingetreten ist, ein Rückfall nur in einem Fall beobachtet wurde. Die folgenden Abschnitte behandeln die Art der Anwendung, die Nebenwirkungen, die Theorie der Wirkung, bezüglich deren ich auf das Original verweise. Nur bezüglich der Darreichung möchte ich noch erwähnen, dass dem Verfasser die Verordnung in Tropfenform 2—3—4mal drei Tropfen mit Tct. cinnamomi, mit Aether, mit Elix. amar., in Eigelb und Cognac-Zuckerwasser sich zweckmässig erwiesen hat. Eventuell kommt noch eine dünne Eigelbemulsion per rectum oder statt des Terpentinöls Tct. Valerianae mit Tct. Castorei in Betracht. Hat sich eine Resistenz ausgebildet, so wird die Resorption des Tumors merklich ausser durch innere Terpentinölmedication gefördert durch externe (Behandlung) Anwendung von Terpentinöllinimenten oder -Emulsionen als Umschlag auf die Stelle der grössten Resistenz. Ausgesetzt hat Verf. das Mittel sofort bei Dysurie.

Den Schluss der Arbeit bilden die theils ausführlicher, theils kürzer mitgetheilten Krankengeschichten. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1902, No. 32.)

L. Friedmann: *Thiocol bei Lungenbacillose.* (Inauguraldissertation.)

In einer eingehenden klinisch-therapeutischen Studie über Thiocol, in welcher ein Ueberblick über die Literatur des Gegen-

standes enthalten ist, berichtet Dr. Friedmann über die auf der Clinik des Dekans der medicinischen Facultät zu Bukarest, Prof. Dr. Maldarescu, mit Thiocol bei Lungentuberculose gesammelten Erfahrungen. Vor allem konnte auch hier die völlige Unschädlichkeit des Mittels festgestellt werden, da in manchen Fällen Tagesdosen von 5—6 g längere Zeit ohne Nachtheil gegeben werden konnten. Aus seinen Beobachtungen, deren elf ausführlich mitgetheilt werden, zieht Verf. den Schluss, dass das Thiocol wegen seiner Wasserlöslichkeit, seiner Geruchlosigkeit und seiner Unschädlichkeit vor allen anderen Creosot- bezw. Guajacolpräparaten den Vorzug verdient. In fast allen vom Verf. mitgetheilten Fällen war eine erhebliche Besserung des Appetits, Zunahme des Körpergewichts, Abnahme des Hustens und des Auswurfes, Schwinden des Fiebers und der Nachtschweisse und Besserung der physicalischen Erscheinungen nachweisbar. Verf. hält das Thiocol nicht nur bei Lungentuberculose, sondern auch bei tuberculösen Affectionen der Pleura, des Kehlkopfes etc. für angezeigt. Wegen seiner antiseptischen Wirkung auf die Luftwege kann das Thiocol auch bei anderen bacteriellen Erkrankungen der Athmungsorgane mit Erfolg angewendet werden. (Ref. Deutsche Praxis, 1903, No. 9.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 3. November 1902.

Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten.

Dr. Einhorn (stellt zwei Patienten mit *Hodgkin'scher Krankheit* vor): Der eine Patient zeigt, wie sich die Hodgkin'sche Krankheit lange Zeit in demselben Stadium erhalten kann, ohne dass eine Verschlimmerung eintritt. Der Patient hat sich in zwei Jahren ganz gut gehalten. Erst im letzten Monat ist eine grössere Schwellung der Milz eingetreten, so dass dieselbe jetzt fast die ganze Bauchhöhle linkerseits einnimmt. Der zweite Patient befindet sich erst in einem früheren Stadium der Krankheit. Er ist erst seit etwa 10 Monaten krank, und ich habe den

Verlauf der Krankheit genau verfolgen können. Die Milz, die anfangs kaum palpirt werden konnte, hat nunmehr einen bedeutenden Umfang angenommen. Die Leber reicht ca. 3—4 Finger breit unter dem Rippenrand hervor. Die Drüsen waren sehr bedeutend angeschwollen. Bei diesem Patienten ist es ferner bemerkenswerth, dass das Arsen eine so gute Wirkung gehabt hat. Ich habe ein neues Präparat angewandt, das Atoxyl, das man in grossen Dosen, 0,05 g. gebrauchen kann, ohne dass bedrohliche Erscheinungen auftreten. Bei dem Patienten ist etwa in zwei Wochen eine Abschwellung der Drüsen eingetreten. Bei demselben Patienten habe ich auch die X-Strahlen anwenden lassen und zwar 2—3 Wochen lang auf Leber- und Milzgegend. Es ist eine leichte Verbrennung der Haut eingetreten und deshalb musste von der weiteren Behandlung mit X-Strahlen abgesehen werden. Auch war inzwischen die Leber mehr angeschwollen und ebenso auch die Milz. Das Blut wurde vor der Arsenbehandlung untersucht und auch nachher. Vor der Arsenbehandlung konnten 3 Millionen rothe Blutkörperchen gezählt werden, nach derselben 4 Millionen, also auch in dieser Beziehung eine Besserung. Doch ist noch eine starke Leucocytose vorhanden, die trotz der Behandlung nicht abgenommen hat.

Dr. T o r e k stellt einen Patienten mit *Epitheliom der Nase* vor, der mit X-Strahlen behandelt und geheilt wurde.

Am 1. Juni 1901 führte der Vortragende an dem Patienten eine Rhinoplastik aus, wegen Zerstörung der Nase durch Epitheliom. Die neue Nase wurde nach S c h i m m e l b u s c h aus der Mitte der Stirn genommen und der Stirndefect durch Verschiebung grosser gebogener, seitlicher Lappen aus Stirn und Schläfen gedeckt. Von den Narben jener Operation ist kaum noch etwas zu sehen, doch sieht man Haare, welche von der seitlichen Haargrenze medianwärts verschoben sind. An der Nasenspitze sind auch Haare, welche vom oberen Rande der Stirn herrühren. Wenn Patient sich an diesen Haaren zupft, so scheint es ihm immer noch, als würde er vorn am Scheitel gezupft. Am 29. Juni 1902 wurde ein kleines Recidiv am linken Rande bemerkt und mit X-Strahlen behandelt. Am 24. August 1902 war die Stelle völlig vernarbt. Pat. hatte während der Zeit zwei, manchmal nur eine, Sitzung per Woche von je 10 Minuten Dauer. Eine mittelstarke Röhre wurde gebraucht in einer Entfernung von 6 Zoll.

Dr. C h a r l e s H. J a e g e r stellt einen orthopädisch behandelten Fall von *Fusscontractur* vor. Die Patientin ist 23 Jahre alt. Sie kam im Juli auf die orthopaedische Abtheilung der Vanderbilt Clinic. Sie klagte nur über Schmerzen, verursacht durch sehr empfindliche Hühneraugen unter dem Vorderfuss beiderseits. Diese Hühneraugen waren bei der leichtesten Anstrengung

sehr schmerzhaft und die Patientin unterliess das Gehen bis auf die nothwendigsten Schritte. — Die *Untersuchung* ergab beiderseits einen steifen, in leichter Equinovarusstellung gestellten Fuss; die Plantarfascie und Achillessehne contrahirt. Trotzdem keine genaue Krankengeschichte vorliegt, ist es doch wahrscheinlich, dass die Patientin in ihrer Jugend einen leichten Anfall von Polyomyelitis gehabt hat, und davon die Schwäche in einigen Muskeln zurückgeblieben ist. Mit verkürzter Achillessehne musste sie nun ihr ganzes Gewicht auf dem Vorderfuss tragen, und dieses erklärt das Vorhandensein der schmerzhaften Hühneraugen.

Am 28. Juli habe ich unter Narcose den linken Fuss operirt: die Plantarfascie und Achillessehne wurden durchtrennt und der Fuss in übercorrigirter (Calcaneo-varus) Stellung eingegypst. Nach 6 Wochen wurde der Verband entfernt. Der Fuss war in guter Stellung, konnte abducirt und in Dorsalflexion gebracht werden. Es blieben aber zwei empfindliche Punkte an Stelle der Incisionen, und Patientin war auf dem Fusse sehr schwach. Um Vergleiche anstellen zu können, habe ich den rechten Fuss mittelst K r u k e n b e r g'schen Pendelapparates behandelt. Patientin kam dreimal wöchentlich nach meiner Office und benutzte eine Viertelstunde lang den Abductionsapparat und eine weitere Viertelstunde den Flexionsapparat. Nach zwei Wochen schon hatte sich die rechte Achillessehne ziemlich gedehnt, der Fuss konnte über den rechten Winkel flectirt werden; auch war die Empfindlichkeit der Hühneraugen geringer. Nach vier Wochen habe ich einen Abdruck der Fusssohle genommen, und, wie Sie sehen, ist der Fuss weniger hohl; eine grössere Fläche ruht auf dem Boden. Der rechte Fuss ist stärker als der linke von mir operirte, ist daher in kürzerer Zeit besser geworden; die Patientin war nicht der Gefahr der Narcose ausgesetzt, hatte nicht die Unannehmlichkeit einer Operation und konnte ihrem Berufe ohne Störung nachgehen.

Die erwähnten Apparate beruhen auf der Anwendung des Pendels. Die dem Pendelapparate durch den Patienten mitgetheilte Bewegung erhält sich durch die Trägheit des Pendels; wenn der Patient immer wieder dem Apparate kleine Bewegungsimpulse mittheilt, so addiren sich diese zu einander und vermehren die Excursion des Pendels immer mehr und mehr. So ist es möglich, dass Patienten, welche nur sehr geringe active Bewegungen auszuführen im Stande sind, bei welchen der ganze mechanische Effect der Bewegung nur in einem leichten Zucken des erkrankten Gliedes besteht, doch an dem Pendelapparate ausgiebige Schwingungen machen können.

Dr. J o h n S c h m i t t: *Demonstration eines myomatösen Uterus vor der Operation nach Apostoli's Methode behandelt.*

Dieser Uterus stammt von einer 47jährigen Jungfrau, die seit

ungefähr 10 Jahren an Menorrhagien, verbunden mit heftigen Schmerzen, litt. Die Beschwerden kehrten alle 2—3 Wochen wieder und waren derart, dass Patientin jedesmal 1 bis 2 Tage das Bett hüten musste. Die Hoffnung, dass mit vorschreitendem, dem Climax sich nähernden Alter eine Aenderung zum Besseren eintreten würde, erfüllte sich nicht. Eine auf 3 Monate ausgedehnte galvanische Behandlung war ebenfalls ohne Erfolg. Als endlich Eiweiss im Urin und Oedeme der Knöchel sich einstellten, entschloss sich die hochgradig heruntergekommene Patientin zur Operation.

Die Operation, die in einer totalen Uterusexstirpation mit Entfernung der Anhänge bestand, bot eine unangenehme Complication, nämlich eine faustgrosse Cyste des linken Eierstocks mit inniger Verwachsung eines Restes dieses Eierstocks mit der Flexura sigmoidea. Die Wand des Darmes selbst war verdickt, ohne bestimmte Grenze in das degenerirte Ovarialgewebe übergehend. Beim Versuche der Lösung entleerte sich eine geringe Menge käsig-eitrigen Materials. Ich war genöthigt, eine wandständige Resection des Darmes vorzunehmen. Patientin wurde am 4. October operirt und verlässt diese Woche geheilt das Hospital. Sie erfreut sich jetzt der besten Gesundheit.

Sie sehen an dem Präparat etwa die Hälfte des Fundus und der Seitenwände, sowie die ganze vordere Wand bis etwa 1 Zoll oberhalb des inneren Muttermundes von einem Mannskopf grossen Fibromyom eingenommen, auf dem die stark ausgedehnte hintere Uteruswand aufliegt. Es ist offenbar ein intramurales Fibromyom, das nach der Uterushöhle zu gewachsen und so submucös geworden ist. Zu einer Stielbildung, zu einer Geburt des Tumors, konnte es allerdings in Folge des breiten Aufsitzens nicht kommen. Sicherlich sind aber die furchtbaren Schmerzen, an denen die Patientin litt, dem allerdings vergeblichen Bestreben des Uterus zuzuschreiben, den Tumor auszustossen.

Die Uterushöhle ist von einer beträchtlichen Ausdehnung, mindestens 1 Fuss in Länge und etwa 8 Zoll in Breite; es ist leicht erklärlich warum die Electricität nichts geholfen hat. Den wohlthätigen Einfluss des galvanischen Stromes bei Uterusblutungen in Folge von Myomen schreiben wir hauptsächlich der ätzenden Wirkung der Anode auf die uterine Schleimhaut zu. Bei der grossen Ausdehnung der Uterushöhle konnte eine solche Wirkung nur sehr localisirt und belanglos sein. Der galvanische Strom löst aber auch Uteruscontractionen aus, die ebenfalls zum Nachlass der Blutung beitragen können, obgleich sie im Falle unserer Patientin, die so wie so an heftigen Uteruskoliken litt, eine unangenehme Beigabe waren. Solche Misserfolge berechtigen uns aber nicht, die galvanische Behandlung der Uterusmyome als nutzlos zu verwerfen. Sie ist, vorausgesetzt, dass die Fälle zur Behandlung sich eignen und richtige Electroden ange-

wandt werden, die beste symptomatische Behandlung die uns zur Bekämpfung von Blutungen und Dysmenorrhoe derzeit zur Verfügung steht und bei weitem der medicamentösen Behandlung mit Secale, Hydrastin, Ergotininjectionen u. s. w. und auch der in ihren Gefahren unberechenbaren Uterusauskratzung vorzuziehen. Ein guter Plan ist die combinirte Behandlungsmethode.

Die conservative Richtung moderner Gynäcologie offenbart sich auch in der chirurgischen Behandlung von Uterusmyomen. Selbst bei Myomen von aussergewöhnlicher Grösse und Entwickelung, die die Entfernung des Uterus erfordern, sucht man bei jungen Frauen die Ovarien, falls sie gesund sind, zu erhalten, um die Folgen des künstlichen Climacteriums zu vermeiden. Ebenso macht sich immer wieder das Bestreben geltend, bei gebärfähigen Frauen, selbst wenn es sich um interstitielle Myome von ungewöhnlicher Grösse handelt, den Uterus zu erhalten und den Tumor aus seinem Bette auszuschälen. Die Frage, ob Enucleation oder totale Exstirpation, ist bei grossen Geschwülsten nicht immer leicht vor der Operation zu entscheiden. Oft genug wird man von der versuchten Enucleation abstehen und zur totalen Exstirpation schreiten müssen und umgekehrt, statt einer beabsichtigten Hysteromyomectomie sich mit einer Enucleation begnügen können. Auch in dem Falle, den ich Ihnen berichtete, konnte zweifellos nach Spaltung der Kapsel und Zerstückelung die Ausschälung der Geschwulst durch die Scheide vorgenommen werden. Freilich hätte ein starker Zug an dem Tumor zu einer verhängnissvollen Darmverletzung führen können. Ausserdem hätte die Adnexerkrankung noch eine zweite Operation erfordert.

Man hätte auch nach dem Vorgange mancher Gynäcologen durch den Bauchschnitt die erkrankten Anhänge entfernen, die Uteruswand spalten und nach Ausschälung des Tumors wieder vernähen können. Gegen beide Methoden sprachen wichtige Gründe, in deren Erörterung, als zu sehr die Bahnen einer Demonstration überschreitend, ich nicht weiter eingehen will.

Discussion. Dr. Ewald: Ich stimme Herrn Dr. Schmitt vollständig bei, wenn er sagt, dass hier die galvanische Behandlung die beste Behandlung ist, die wir gegenwärtig besitzen. Es ist kein Zweifel, dass dadurch die Schmerzen, Blutungen etc. zum Stillstand gebracht werden, allein man läuft dabei immer Gefahr, die Fälle etwas hinauszuschieben, und die Statistiken lehren uns doch, bei der Behandlung der Uterusmyome nicht gar zu conservativ vorzugehen. Von 470 Uterusmyomen, die auf der Hofmeier'schen Klinik in Würzburg operirt wurden, zeigten ungefähr 50 Fälle Degeneration. Ferner ist maassgebend die sociale Stellung der Frau, für welche das Myom doch eine ernste Erkrankung ist, deren Beseitigung

man anstreben sollte. Ein Hauptmoment für die galvanische Behandlung in früherer Zeit war das schlechte Resultat der operativen Behandlung. Jetzt sollte man vor einem operativen Eingriff nicht mehr so zurückschrecken, zumal das Myom nicht immer sehr gutartiger Natur ist. Das Myom sollte auch wegen seiner Einwirkung auf Herz und Gefässsystem als ernst betrachtet werden, ganz abgesehen von stärkeren Blutungen. Im Uebrigen ist bei Fällen, die sich zur Operation nicht eignen, die galvanische Behandlung ein Nothbehelf und sicherlich nicht zu unterlassen; dieselbe ist besser wie die Curettage, wobei bei grossen Myomen gerne eine Vereiterung des Myoms zu Stande kommt. — Dr. J. A. Schmitt: Dr. Ewald hat mir aus dem Herzen gesprochen. Wenn es von mir allein abhängen würde, würde ich alle Fälle operiren, statt dieselben auf galvanischem Wege zu behandeln, da letztere Methode sehr unzuverlässig und kostspielig ist.

Vorträge.

Dr. Leviseur: *Ueber einige Erkrankungen der Fingernägel.* (Vortrag ist in der November-Nummer des Jhrg. 1902 dieser Monatschrift als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. Heitzmann: Ich möchte zunächst Herrn Dr. Leviseur für seine wunderbaren Moulagen meine Anerkennung aussprechen. Zu dem Vortrag selbst habe ich eigentlich wenig zu sagen, aber ich vermisse bezüglich der Behandlung doch etwas, und das ist die Salicylsäure, und zwar ganz besonders bei der Behandlung des Eczems. Gerade bei diesem ist die Salicylsäure in 10—15 proc. Lösung sehr häufig von nachhaltiger Wirkung. Sonst hätte ich dem schönen Vortrage nichts hinzuzusetzen.

Dr. L. Weber: *Das Carcinom, seine frühzeitige Diagnose und operative Entfernung.* (Vortrag ist in der Februar-Nummer d. J. der Monatsschrift als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. Heitzmann: Wie Herr Dr. L. Weber in seinem Vortrag ausführt, bestehen seit Jahren verschiedene Theorien über den Krebs, und während eine ganze Menge Forscher positiv sind, dass gewisse Zelleneinschlüsse parasitär sind, sind ebenso viele Forscher anderer Ansicht. Es wird auch recht schwer halten, dass die verschiedenen Pathologen in absehbarer Zeit zu ein und derselben Ansicht gelangen werden. Ich selbst kann sagen, dass ich seit 10 oder 12 Jahren die parasitäre Theorie genau verfolgte und so manches Präparat zur Hand bekam, in welchem sogenannte Parasiten vorhanden sein sollten. Wenn man diese Präparate genau studirt, muss man unbedingt zur Ueberzeugung kommen, dass man es hier nicht mit Parasiten zu

thun hat, sondern mit Degenerationen des Protoplasmas, und diese Degenerationen haben manchmal recht eigenthümliche Formen. Wenn man weiterhin die verschiedenen Stadien des Krebses microscopisch studirt, so wird man zur Ueberzeugung kommen, dass, obwohl dies von manchen Forschern geleugnet wird, immer wieder eine Rückkehr in ein embryonales Stadium stattfindet und dass von diesem aus die Krebszellen sich bilden. Es ist dies von meinem Vater vor mehr als 20 Jahren zuerst beschrieben worden. Man braucht die Fälle nur genau unter dem Microscop zu studiren und man wird überzeugt sein, dass er recht hatte. Dr. Weber ist recht rasch über die frühzeitige Diagnose hinweggegangen. Es ist nicht immer leicht, unter dem Microscop eine Diagnose des Krebses zu machen, besonders eines Hautkrebses. Nicht selten kommt es vor, dass sogar gute Beobachter die Diagnose Krebs stellen, und in wenigen Wochen stellt es sich heraus, dass wir es nicht mit einem Epitheliom, sondern mit einem Ulcus durum syphiliticum zu thun haben, weil vergessen wird, dass Zellwucherungen nicht nur bei dem Krebse, sondern bei Entzündungen im Allgemeinen vorkommen und dass gerade derartige Zellwucherungen gar zu häufig als Epithelnester aufgefasst werden, während sie es gar nicht sind.

Dr. Willy Meyer: Ich bin heute Abend, ich kann es offen gestehen, zum grossen Theile aus Neugierde hierher gekommen, um zu hören, wie Dr. Weber sich des grossen Themas entledigen würde. Ich bin überrascht über die Weise, wie es ihm gelungen ist, in kurzen Zügen alles das vorzuführen, was uns bei diesem Leiden interessirt. Man könnte ja über dieses Thema drei Wochen lang Tag und Nacht reden, und man wäre immer noch nicht zu Ende. Es ist gewiss schwierig in dieser Weise, in die Discussion einzugreifen. Ohne Zweifel hat die Annahme eines Parasiten etwas Bestechendes. Es sind ja eine ganze Anzahl von Beobachtungen gemacht worden, die darauf hindeuten, dass doch, wenn man es auch noch nicht nachweisen kann, Parasiten die Ursache des Krebses sein möchten. Ich erinnere nur an den bekannten Vorgang, wo in einem Hause in einer Vorstadt Londons verschiedene Familienmitglieder nacheinander von Magencarcinom befallen wurden. Dass das etwas Zufälliges sein sollte, ist wohl nicht anzunehmen. Es muss etwas Infectiöses vielleicht im Hause, im Wasser oder im Boden vorhanden gewesen sein. Nachweisbar ist dies jedoch nicht. Ich möchte weiterhin einen Fall aus meiner eigenen Praxis anführen, der zwar ebenfalls nichts beweist, aber doch von Interesse ist. Ich hatte einen ca. 30jährigen Mann wegen eines apfelgrossen Blasentumors mit carcinomatöser Basis operirt. Es bildete sich ein Recidiv, multiple Papillome. Abermalige Operation. Der Patient war nach einem Jahre gerade so schlecht ab wie vor der Operation, wollte sich aber nicht mehr operiren lassen, weil sich bei seiner Frau Uterus-

carcinom entwickelt hatte. Ich will nicht behaupten, dass die Frau durch die Cohabitation inficirt wurde. Ob derartiges möglich ist, wird die Zukunft lehren. Jetzt sind die Lager getheilt: die einen Forscher neigen sich der Nichtparasitentheorie zu, die anderen denken mit Czerny an einen Parsiten. Wir Alle sollten mithelfen, diese Frage zum Austrag zu bringen, ob dies freilich noch zu unseren Lebzeiten stattfinden wird, wird die Zukunft lehren. Dr. L. hat die frühzeitige Behandlung erwähnt. Gewiss ist dies die Hauptsache, die Schwierigkeit liegt nur in der frühzeitigen Diagnose. Dr. Weber hat speciell erwähnt, wie schwierig es ist, frühzeitig Lippen- und Zungenkrebs von Syphilis zu unterscheiden. Man sollte es sich immer zur Regel machen, den Patienten auf antisyphilitische Behandlung zu setzen, und wenn damit kein Erfolg erzielt wird, sollte ein Stückchen excidirt und untersucht werden, falls es sich dann um Carcinom handelt, muss radical operirt werden. Dass Lippenkrebs, wenn er nur frühzeitig herausgeschnitten wird, dauernd geheilt werden kann, ist sicher. Ich habe in einem Falle die ganze Unterlippe exstirpirt zusammen mit den Lymphsträngen und Drüsen, und jetzt nach 6 Jahren ist der Mann noch vollkommen recidivfrei. Betrachten Sie nun das Mammacarcinom. Hier ist der practische Arzt zu leicht geneigt, bei einem Tumor, der noch nicht alle characteristischen Symptome aufweist, die Patientin zu vertrösten. „Kommen Sie wieder nach 14 Tagen, nach 3 Wochen." Gerade dieses Verzögern ist es aber, was die radicale Behandlung so sehr in Frage stellt. Wenn man erst wartet, bis man Drüsen in der Achselhöhle nachweisen kann, ist es gewöhnlich zu spät. Es sind, aber doch eine ganze Anzahl von Punkten da, die uns zur Diagnose hinführen können. Sitzt der Tumor in der Nähe der Brustwarze, so ist nicht ausdrücklich nothwendig, dass diese schon eingezogen ist. Manchmal gelingt es aber durch leichtes Anziehen der Brustwarze, nachzuweisen, dass ein gewisser Zug nach einwärts besteht. Ich habe diesen Sommer einer Dame dringend angerathen, sich radical operiren zu lassen, weil die Brustwarze, hervorgezogen, im Vergleiche zur Warze auf der anderen Seite ein gewisses Festgehaltensein nach der Tiefe zeigte. Wir führten die Radicaloperation aus, und das Microscop bewies mit Sicherheit das Carcinom. Die Operation von heutzutage ist wirklich gefahrlos, nicht verstümmelnd und entfernt in radicaler Weise alles, was nothwendig ist, speciell trägt sie den Anforderungen Rechnung, dass man während der Operation keine Keime verstreuen soll. Man operirt dauernd im gesunden Gewebe und hebt das Ganze mit Lymphsträngen, Drüsen und Fettgewebe aus seinem Neste heraus. Ich möchte weiter noch das Magendarmcarcinom erwähnen. Auch hier ist es wichtig, dass wir eine recht frühzeitige Diagnose stellen können. Auch hier wartet der practische Arzt manchmal zu lange, weil er nichts fühlt. Es ist

manchmal erstaunlich, wie man, besonders beim Manne, in der Narcose den Tumor auf der Stelle fühlt; leider ist es dann oft schon zu spät, selbst wenn man sofort resecirt. Es liegt gewiss in den Händen der inneren Medicin, Mittel und Wege auszufinden, wie man diese Fälle frühzeitig diagnosticiren kann. Wenn man dann radical vorgeht, kann man wohl mit Sicherheit vorhersagen, dass die Hoffnung für diese armen Kranken, radical geheilt zu werden, eine bessere wird. Ebenso verhält es sich mit dem Mastdarmcarcinom. Ich brauche hier nicht zu wiederholen, was in jedem Lehrbuche steht. Ausgezeichnete Dauerresultate sind beim Mastdarmcarcinom zu verzeichnen, wenn frühzeitig operirt wird. So wird es auch mit dem Uteruscarcinom sein. Hier wird in Zukunft noch Ausgezeichnetes geleistet werden, wenn man stets von oben vorgeht und alle Drüsen mit entfernt. Es ist ein Glück zu nennen, dass im Laufe der letzten 2—3 Jahre wir gelernt haben, auch die X-Strahlen als etwas Heilbringendes zu entdecken und zu gebrauchen. Wenn uns das Jemand vor drei Jahren gesagt hätte, hätten wir gewiss gelächelt. Ich habe noch diesen Sommer hören können, wie ein ausgezeichneter amerikanischer Chirurg absolut belächelte, dass die X-Strahlen in der Behandlung der inoperablen Tumoren etwas zu Wege bringen könnten. Wenn auch die X-Strahlen weiter nichts thun würden als beim Carcinom die Schmerzen auf magische Weise zu vertreiben, wäre schon etwas Grosses geleistet. Allein wir lesen jeden Tag, dass schon beim flachen Hautkrebs Heilungen durch die X-Strahlen erzielt werden. Wenn wir uns in das Gedächtniss zurückrufen, welche plastische Operationen früher nöthig waren und wie schlecht dabei manchmal das Resultat war, kann man es nicht hoch genug anschlagen, dass in solchen Fällen die X-Strahlen Heilung bringen können. Vielleicht gelingt es uns auch noch in der Zukunft, damit die malignen, inneren Tumoren in Angriff zu nehmen und damit Erfolge zu erzielen. Wir sollten uns alle ein langes Leben wünschen, um das noch zu erleben, was uns die kommenden Jahre bezüglich des Carcinoms bringen. Vielleicht bildet sich auch noch ein wirkliches Krebsserum heraus, mit welchem man dem Carcinom wirksam zu Leibe gehen kann. Festhalten muss man aber heute, dass das operable Carcinom dem Chirurgen gehört und nur postoperative Behandlung und inoperable maligne Tumoren den X-Strahlen.

Dr. Torek: Ich möchte vor Allem Herrn Dr. L. Weber gratuliren für die treffliche Weise, in welcher er das ausgedehnte Thema so übersichtlich gemacht hat. Hinsichtlich der Aetiologie hat Herr Dr. L. Weber die Erblichkeit berührt und dabei gesagt, dass wir eigentlich darüber nicht viel wissen, doch scheint er sich der Annahme zuzuneigen, dass die Erblichkeit des Krebses doch viel auf sich hat. Ich glaube, wohl Alle von uns haben schon viele Carcinomfälle gesehen, bei welchen

uns mitgetheilt wurde, dass an demselben Leiden der Vater, die Mutter oder sonstige Verwandten gestorben sind, so dass uns dieses Zusammentreffen aufgefallen ist. Diesen Fällen gegenüber steht jedoch die grosse Zahl von Carcinomfällen, bei welchen alles Nachforschen, ob sich Krebs bei anderen Familienmitgliedern gefunden hätte, ganz entschieden negativ ausgefallen ist. Diese zweite Klasse ist eine so grosse, dass ich glaube, dass das Zusammentreffen von Krebs bei verschiedenen Mitgliedern derselben Familie doch wohl ein zufälliges ist. Wenn man bedenkt, dass das Carcinom doch ein sehr verbreitetes Leiden ist, ist dieses zufällige Zusammentreffen nicht zu verwundern. Man trifft dies auch bei anderen Krankheiten. Ich habe kürzlich einen Fall von Appendicitis operirt, dessen Verwandter an Appendicitis krank lag und dessen andere zwei Verwandten vor einem Jahre an Appendicitis litten. Betreffs der Diagnose des Carcinoms sagt Dr. W e b e r, dass es unsere Pflicht sei, so bald als möglich eine microscopische Diagnose zu stellen. Es ist dies leider aber nicht immer möglich, ja sogar in den meisten Fällen nicht möglich, und wenn uns Dr. H e i t z m a n n sagt, eine Diagnose eines flachen Hautkrebses sei oft unmöglich, so wird uns noch mehr die Ueberzeugung beigebracht, dass wir die Diagnose häufig ohne die Hülfe des Microscopes stellen müssen. Das blosse Abschaben eines oberflächlichen Theiles eines solchen Carcinoms liefert uns gewöhnlich nicht genügende Substanz, um eine gute microscopische Diagnose zu bekommen, im Gegentheil sind wir gezwungen, einen Theil des Bodens und des Randes zu excidiren, und dagegen lässt sich manches einwenden, andererseits dürfte auch der Patient selbst vieles dagegen einzuwenden haben. Die Excision eines Theiles des Bodens und des Randes wird dem Patienten beinahe so wichtig erscheinen wie die ganze Entfernung des Epithelioms und es wird ihm merkwürdig erscheinen, dass er nach einem solchen Eingriff sich noch einem zweiten unterwerfen muss. Ferner ist es gar nicht gleichgültig, in ein solches Epitheliom einzuschneiden, wie es zur microscopischen Diagnose nöthig ist. Denn dadurch legen wir eine ganze Anzahl neuer Lymphbahnen in ihrer Continuität mit dem erkrankten Theile frei und dieselben können auf diese Weise die Erkrankung auf tiefer gelegene und benachbarte Theile und Drüsen verschleppen, wo es sich vielleicht zuvor um ein langsam wachsendes und circumscriptes Epitheliom handelte. Die microscopische Diagnose werden wir wahrscheinlich nicht eher als in einer Woche bekommen, und während dieser Zeit kann sich die Erkrankung schon bedeutend ausgedehnt haben. Das sind Gründe, warum wir häufig auf die microscopische Diagnose verzichten müssen. Wir müssen uns dann auf zwei andere Factoren, auf die Krankengeschichte und den klinischen Befund beschränken. Die klinischen Erscheinungen sind so ausgedehnt, dass wir hier gar nicht genauer darauf

eingehen können. Hauptsächlich bei dem flachen Hautcarcinom ist es die Neigung zuerst zur Infiltration und später zum Zerfall. Wer dies genau beobachtet, wird sehr häufig ohne jede weitere Zuhülfenahme des Microscopes den Unterschied zwischen Carcinom und Syphilis machen können. Bei der Diagnose von tiefer liegenden Geschwülsten wie z. B. Mammacarcinom haben wir darauf zu achten, dass die Geschwulst selbst in allerfrühester Zeit nicht frei beweglich ist, und speciell über der Brustdrüse wird die Haut schon sehr frühe afficirt und eingezogen. Was die Prognose anbetrifft, so ist dieselbe in den von Dr. Weber angeführten Fällen nicht schlecht. Er hatte zwei Recidive von fünf Fällen. Der eine Fall ist nach fünf Monaten gestorben und er fand, dass ein Carcinom der Pleura vorhanden war, das schon eine solche Ausdehnung hatte, dass es schon bei der ersten Operation vorhanden gewesen sein muss. In der X-Strahlenbehandlung habe ich bis jetzt entschieden die beste Erfahrung bei den flachen Hautkrebsen gehabt, indem alle Fälle dieser Art, welche ich bis jetzt in Behandlung bekam, geheilt wurden, d. h. so weit geheilt wurden. Die Bemerkung Dr. Meyer's, dass wir mit den X-Strahlen schon sehr viel leisten würden, wenn wir nur alle vorgeschrittenen und inoperablen Fälle von ihren Schmerzen befreiten, ist eine sehr schöne Aussicht für die Zukunft. Leider ist dies aber nicht immer der Fall. Ich habe einige inoperable Fälle mit X-Strahlen behandelt, bei denen dadurch die Schmerzen nicht gelindert wurden. Dr. Weber hat auch über die Nachbehandlung mit X-Strahlen gesprochen. Diese ist von den Meisten empfohlen worden; ich habe sie auch in den meisten Fällen angewandt und so weit noch kein Recidiv erlebt, was aber vielleicht auch ohne die X-Strahlen der Fall gewesen wäre. Jedenfalls haben wir in den X-Strahlen ein ausgezeichnetes Mittel, welches uns gestattet, gewisse Fälle von flachem Hautkrebs von vorneherein ohne Operation zu behandeln.

Hierauf erfolgt Schluss und Vertagung.

John A. Beuermann, prot. Secretär.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

IX. Sitzung: Donnerstag, den 5. Februar 1903.

Vorstizender: Dr. Karl Doepfner.

I. *Krankenvorstellungen.*

1. Dr. G. Thilo: a) *Peritonitis tuberculosa.* Die 27jährige Patientin leidet seit 2 Jahren an einer exsudativen Form von tuberculöser Peritonitis. Mässige Kachexie; Leibesumfang 32

Zoll, im Becken eine Tumefaction, durch die Bauchdecken fühlbar, Uterus herabgedrängt und durch Adhäsionen fixirt. Der Fall ist bemerkenswerth durch eine temporäre Spontanheilung, die eine achtmonatliche Intermission mit relativem Wohlbefinden und Resorption des Exsudates herbeiführte. Der primäre Herd ist offenbar die linke Tube.

b) *Charcot's Arthropathia bei Tabes dorsualis.*

Die Diagnose der Tabes ist durch das Fehlen der Patellarreflexe, die Anaesthesie und Romberg's Symptom hinreichend festgestellt. Argyll Robertson's Symptom, die Coordinationsstörung an den Händen und die Ataxie des Ganges weniger deutlich.

Seit einem Jahre leidet der Patient an rheumatoiden Schmerzen im linken Bein, zu welchen sich vor 2 Monaten eine Gelenkschwellung und vor 3 Wochen infolge eines Falles eine seitliche Subluxation im Kniegelenk hinzugesellte. Das Bein befindet sich in starker Valgusstellung und ist durch Hydrarthros und Verdickung der Knochen hochgradig deformirt. Der äussere Tibiarand ist abgebrochen und mit dem Semilunarknorpel aus dem Gelenk herausgesprengt. Besonders typisch für das Leiden ist die hochgradige Analgesie, die dem Patienten den Gebrauch des Beines noch gestattet.

2. Dr. C. L. Williamson: a) *Peritonitis tuberculosa* bei einem 6jährigen Knaben. Die Diagnose ist durch Tuberculin-Injection festgestellt. Früher war beträchtlicher Ascites vorhanden. Ohne jede Behandlung trat im Laufe von 6 Monaten nahezu völlige Genesung ein; gegenwärtig ist kaum mehr eine Spur von Ascites nachzuweisen.

b) *Mitralinsufficienz musculaeren Ursprungs.* Eingehende Besprechung der Diagnose.

II. *Demonstration pathologischer Praeparate.*

Dr. Emil Ries demonstrirt folgende Präparate:

1. *Pylorus mit 2 Geschwüren.*

2. *Pylorus mit hochgradiger Stenose und Geschwür.*

In beiden Fällen Pylorectomie und Gastrojejunostomie. Genesung.

3. *Subseröses Myom,* der Tube aufsitzend. Abdominale Hysterectomie wegen mannskopfgrossen, degenerirten Uterusmyoms. Das Myom über der Tube war wohl ursprünglich ein Uterus-, nicht ein Tuben-Myom. Genesung.

4. *Exstirpirter Uterus mit partieller Haematometra.* Früher schon waren die linken Adnexe und die rechte Tube entfernt worden. Ursache der partiellen Uterusobliteration unbekannt. Genesung.

5. *Carcinom der mit Steinen vollgepackten Gallenblase.* Metastasen in Leber, Pankreas und retroperitonealen Drüsen. Section.

Discussion zu Präparat 3. Dr. G. Thilo frägt an, warum in diesem Falle die Exstirpation des Pylorus und nicht die Mikulicz'sche Operation ausgeführt wurde. — Dr. K. Doepfner hält es in allen Fällen, wo der geringste Verdacht auf Malignität besteht, für richtiger, eine Pylorectomie und nicht etwa die Heinecke-Mikulicz'sche Operation zu machen. Da es nun aber ausserordentlich schwer ist, ein beginnendes Carcinom in einer alten Ulcusnarbe mit Sicherheit zu diagnosticiren, sollte man sich lieber bei den zweifelhaften Fällen für eine radicale Operation entscheiden und diese ausführen, solange sie noch leicht ist. Ob man nun eine Gastroenterostomie oder eine Gastroduodenostomie nach Kocher oder nach Billroth-Woelffler machen will, ist Sache der Uebung und des Geschmacks. In Fällen wo eine Gastroduodenostomie nicht schwer erscheint, sollte diese gemacht werden. Die Stimmen mehren sich, dass bei der gewöhnlichen Gastroenterostomie doch hin und wieder ulcera peptica beobachtet werden, abgesehen von dem durch Roux's Y-Operation jetzt (wie es scheint) überwundenen circulus vitiosus. — Dr. E. Ries führt aus, dass er die Pylorectomie deshalb gemacht habe, weil starker Verdacht auf Malignität vorlag, der durch das Vorhandensein einer Anzahl knötchenartiger Verdickungen hinreichend begründet war.

Discussion zu Präparat 4. Dr. G. Schmauch: Meiner Ansicht nach hätte der Frau der Uterus doch wohl noch erhalten werden können. Ich besinne mich auf zwei solche Fälle, bei denen eine allerdings nicht so hoch sitzende Stenose nach der von Pincus, Duehrssen u. A. eingeführten Atmokausis eingetreten war und bei denen die vaginale Eröffnung und Drainage wieder normale Verhältnisse herbeiführte. — Dr. Kolischer: Ich glaube, dass hier nur die Exstirpation des Uterus die Frau von ihren Beschwerden heilen konnte; Stenosen, die (wie hier) oberhalb des Knickungswinkels sitzen, können weder durch Dilatation noch durch plastische Operationen beseitigt werden. — Dr. E. Ries: Da in diesem Falle früher schon die rechte Tube und die linken Adnexe entfernt worden waren, hatte es keinen Werth, der Frau den Uterus zu erhalten, um so weniger als mir eine Beseitigung der Stenose unmöglich erschien.

III. *Vortraege.*

Dr. K. Doepfner: *Peritonitis tuberculosa, operative oder exspectative Behandlung?*

Discussion. Dr. G. Schmauch: Herr Dr. Doepfner legt meiner Ansicht nach einen eigenartigen Maasstab dem Be-

griff der Heilung der Peritonealtuberculose zu Grunde. Wir wissen heute, dass dieselbe nur ein bestimmtes Symptom einer ausgedehnteren Tuberculose ist. Das tuberculöse Virus dringt fast immer durch den Respirationscanal ein und verbreitet sich von dort erst weiter im Körper. Man darf also von der Laparotomie nicht die Heilung der Tuberculose erwarten. In Berlin behandeln wir nur die Form, welche mit Ascites einhergeht, operativ; bei der adhäsiven Form ist die Operation aussichtslos. Die Adhäsionen sind aber nicht immer fest, sondern bestehen gerade bei Tuberculose häufig aus sulzigen Fäden. Tuberkelbacillen sind in den Knötchen nicht immer nachzuweisen; die Diagnose wird meist aus dem histologischen Bild gestellt; das Thierexperiment (Meerschweinchenimpfung) sollte aber immer vorgenommen werden. Heute ist man sich allgemein darüber klar, dass die Laparotomie in den meisten Fällen Heilung bringt, ob dieselbe dauernd oder vorübergehend, ist eine andere Frage. Mehr discutirt wird dagegen die Ursache der Heilung. Früher glaubte man an eine Einwirkung des Sonnenlichts; doch die bei electrischer Beleuchtung vorgenommenen Operationen hatten denselben Effect. Dann ist weiter eine Adhäsionsbildung und Atrophie als Ursache angenommen worden. Solche Fälle kommen sicher vor. Durch allgemeine Verwachsung zwischen den Därmen kann das Lumen fortfallen und eine Flüssigkeitsansammlung hierdurch unmöglich gemacht werden. Mir persönlich ist eine andere Anschauung immer sympathischer gewesen, nämlich die, dass bei der Operation eine neue Peritonitis gesetzt wird. Wir wissen heute, dass absolute Sterilität bei keiner Laparatomie möglich ist, sondern immer Keime dabei eingeführt werden. Diese Peritonitis kann zu Adhäsionen führen, wirkt aber wohl meist dadurch heilend, dass sie den Körper umstimmt. Durch die eingeführten Bacterien und die sich bildenden Toxine werden, wie wir uns nach der Ehrlich'schen Seitenkettentheorie vorstellen müssen, neue Receptoren, Hoptine, geschaffen, die ihrerseits wieder fähig sind, der Tuberkelbacillen und der Toxine Herr zu werden, und so einen Stillstand in der Peritoneal-Tuberculose herbeiführen können. Die Punction ist meiner Ueberzeugung nach zu verwerfen, weil sie unsichere Resultate giebt. Kleiner Laparotomieschnitt und völlige Entleerung der Flüssigkeit ist ebenso ungefährlich. Ein Nachtheil der Laparotomie ist das häufige Auftreten von tuberculöser Infection der Bauchdecken. In der 2. und 3. Woche fangen die Bauchdecken, nachdem sie schon primär verheilt sind, oft an, sich fistulös zu öffnen. Das subcutane Fettgewebe neigt besonders zu dieser Infection und wird von Olshausen immer mit 2 pro mille Sublimatlösung abgerieben. Wir glaubten dadurch bessere Resultate zu erreichen; ganz vermeiden lässt sich aber auch hierdurch die Bauchdeckeninfection nicht. — Dr. Saurenhaus: Ich glaube, dass auch in einigen Fällen von sog. trocke-

ner tuberculöser Peritonitis die Laparotomie versucht werden sollte, wenn die expectative Behandlung nicht zum Ziele führt. Vor circa 3 Jahren operirte ich ein 17jähriges Mädchen, das an tuberculöser Peritonitis erkrankt und zum Skelett abgemagert war. Bei der Laparotomie fanden sich nur wenige Esslöffel voll Flüssigkeit, die mit steriler Gaze aufgesogen wurde. Darm, Netz und Peritoneum waren mit Tuberkeln übersät. Die Bauchwunde wurde ohne weiteren Eingriff wieder geschlossen. Von der zweiten Woche ab verschwand das bisher constant vorhandene Fieber und die Esslust nahm zu. Pat. sieht jetzt blühend aus, hat 30 Pfund zugenommen, verrichtet alle Hausarbeit und hat keine Schmerzen. Periode stellte sich circa 1 Jahr nach der Operation wieder ein. Etwa 11 Monate nach der Laparotomie kalter Abscess am rechten Oberarm, der nach Spaltung ausheilte. Seitdem ist Patientin völlig gesund. — Dr. G. Thilo: Die widerspruchsvolle Statistik kann die Streitfrage nicht entscheiden. Die bescheidenen Heilerfolge der chirurgischen Behandlung sind gewiss nicht in Zweifel zu ziehen, obwohl sie für uncomplicirte Fälle der exsudativen tuberculösen Peritonitis gewiss nicht zahlreich sein dürften. Die relativ häufigen Spontanheilungen, welche dagegen aus allgemeinen Literaturberichten herausgeklügelt werden, stellen sich doch in gar zu wunderlichen Gegensatz zu dem Rufe der Unheilbarkeit, in dem die Krankheit stand, bevor die Erfolge der chirurgischen Behandlung bekannt waren. Immerhin muss zugestanden werden, dass die Spontanheilung nicht zu den Seltenheiten gehört. Jeder erfahrene Arzt hat eine Anzahl Fälle von Exsudation im Abdomen, insbesondere an Kindern beobachtet, die mit und ohne Punktion zur Heilung gelangten. Nach unseren gegenwärtigen Erfahrungen gehören diese Fälle, wie die von Fränkel, Hoenoch u. A. als idiopathische Peritonitis beschriebenen Exsudationen, höchstwahrscheinlich der Tuberculose an. Die Tendenz zur Heilung der tuberculösen Peritonitis erklärt sich wohl am Einfachsten aus der hohen Resorptionsfähigkeit des Peritoneums; die häufigen Recidive aus der Reinfection von einem primären Herde aus. Die Aufgabe des Arztes ist, den Patienten unter die günstigsten Heilbedingungen zu versetzen und diese Tendenz zur Heilung nachdrücklichst zu unterstützen. Der ungefährliche operative Eingriff, der in 75 Prozent der Fälle die Krankheit zum sofortigen Stillstand bringt, ist daher vollauf indicirt. Mindestens wird durch ihn die Resorptionsthätigkeit des Peritoneums wesentlich unterstützt und einer Allgemein-Infection vorgebeugt. — Dr. K. Doepfner (Schlusswort): Ich möchte noch einmal nachdrücklich hervorheben, dass die Einwürfe gegen die Laparotomie bei Peritonealtuberculose bis jetzt nicht von innern Medicinern herstammen, sondern von den Gynäcologen und Chirurgen. Es ist diese Thatsache um so erfreulicher, als sie zeigt, dass wir nicht nur vom „furor operativus" besessen

sind, sondern auch zu beobachten verstehen. Hierin unterscheidet sich eben der Chirurg — der allgemein und naturwissenschaftlich gebildete Mann — vom Operateur, dem Techniker — einer Art Aerzte, die heutzutage leider viel zu häufig gezüchtet wird. Koenig's Beobachtungen wirkten wie eine Offenbarung. Man glaubte und operirte. Nur wenige waren anderer Meinung. Weil aber die Beobachtungen dieser Zweifler nicht aus der Welt zu schaffen waren, und weil sich ein logischer Gedankengang daran knüpfte, so musste sich daraus nothwendigerweise ein Schisma entwickeln. Welche Lehre das Recht auf ihrer Seite behalten wird, muss erst die Zukunft lehren. Vorläufig muss Jeder, der sich mit dem Studium der bis jetzt bekannten Literatur beschäftigt hat, zu der Ansicht kommen, dass bei der in Frage stehenden Krankheit zuerst eine consequente zuwartende Behandlung zur Anwendung kommen soll. Hilft diese aber nichts, dann allerdings kein Zaudern mit chirurgischen Eingriffen. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die nach dem Bauchschnitte nothwendig gewordene Bettruhe und Regulirung von Diät und Stuhl ebenso wichtig ist, wie der vorausgegangene operative Eingriff. Wenn Herr Thilo meint, dass viele von den spontan oder bei conservativer Behandlung geheilten Fällen in das Gebiet der chronischen idiopathischen Peritonitis gehören, so ist zu bemerken, dass gerade diese ohnehin etwas räthselhafte Erkrankung in Zukunft wohl nicht mehr so oft diagnosticirt werden darf; gelang es doch Borchgrevink bei sechs Kranken, wo eigentlich Vorgeschichte, bisheriger Verlauf und Befund diese Diagnose erlaubt hätten, die tuberculöse Infectiosität der Exsudate für Meerschweinchen nachzuweisen. Sollten weitere Untersuchungen, die hoffentlich ebenso gründlich und unparteiisch wie die Borchgrevink'schen durchgeführt werden — dies bewahrheiten, d. h. also das Gebiet der chronischen idiopathischen Peritonitis einschränken, dasjenige des tuberculösen Ascites aber erweitern, so würden wir bei conservativer Behandlung eine noch viel bessere Statistik erhalten, als sie Rose-Naunyn uns geben, nämlich eine der Borchgrevink'schen ähnliche. Ob die einfache vaginale Coeliotomie — ohne Entfernung tuberculöser Tuben etc. — bei unserer Krankheit gemacht wurde und „heilend" wirkte, ist mir nicht erinnerlich. Ich bin aber überzeugt, dass man auch bei einem solchen Vorgehen Heilungen sehen würde, wird doch das Exsudat oder ein Theil desselben entfernt und haben auch bei dieser Behandlung die Patienten eine gewisse Zeit das Bett zu hüten mit entstprechender Regelung von Diät und Stuhl. Uebrigens sah man tuberculöse Peritonitiden ausheilen nach Incision des ebenfalls tuberculösen Bruchsackes. Warum? Doch höchst wahrscheinlich nicht wegen der Herniotomie, sondern wegen der nachfolgenden Ruhe und Schonung. Vergessen wir nicht, was Borchgrevink bei seinen Operationen

histologisch feststellte, nämlich: dass die Tuberkel, besonders in denjenigen Fällen, die am leichtesten heilten, schon bei der Laparotomie in vorgeschrittener Heilung begriffen waren, während die Patienten, deren Tuberkel bei der Operation keine oder geringe Heiungstendenzen zeigten, durchgehends nicht geheilt wurden! Die Punktion des tuberculösen Ascites ist bis jetzt noch eine legitime Operation, die weniger gefährlich ist, als ein noch so kleiner Bauchschnitt und die vom Patienten eher erlaubt wird als der letztere. Wir dürfen nicht immer nur uns selbst im Auge behalten, die wir grossstädtische Spitäler und Einrichtungen zur Verfügung haben, gedenken wir auch des practischen Arztes und besonders des Landarztes! Dieser sollte sich mit diesen kleinen Eingriffen vertraut machen, denn sie zählen unter Umständen zu den lebensrettenden Operationen. Sobald aber bewiesen werden sollte, dass die einfache Punktion ebenso viele tuberculöse Infiltrationen der Bauchwand, ebenso viele Peritoneal- und Kothfisteln und Hernien nach sich zieht, wie der Bauchschnitt (vide W u n d e r l i c h), dann würde ich die Erstere zu Gunsten des Letzteren verwerfen.

Schluss der Sitzung.

Dr. L. H. A b e l e, Schriftführer.

X. Sitzung. Donnerstag, den 19, Februar 1903.

Vorsitzender: Dr. K. D o e p f n e r.

Wissenschaftlicher Theil. Vortraege.

1. Dr. A l b e r t H a l e: Der heutige Standpunkt der Schieloperation und der Theorie des Schielens überhaupt.

Nach einer kurzen historischen Einleitung über die ursprünglich geübte Uebertragung der S t r o h m e y e r'schen Operationsmethode gegen steife Gelenke auf das Auge, zeigte der Vortragende, dass diese Theorie eine unrichtige ist, weil wir das Auge eben nicht mit einem Gelenke vergleichen dürfen.

Die heutige Anschauung geht dahin, dass das Schielen nicht auf einer Muskelcontractur und nicht auf einem Mangel an Muskelkraft an sich beruht, sondern vielmehr auf falscher resp. falsch interpretirter Innervation von Seiten des Centrums. Als Beispiel wird das convergente Schielen besprochen, das gewöhnlich mit Hyperopie verknüpft ist.

In allen Fällen muss man vor der Operation die Refraction beider Augen genau untersuchen und (eventuell) corrigiren, um die Fusionsthätigkeit, die bestrebt ist, die beiden retinalen Bilder in eines zu verschmelzen, wieder in Action treten zu lassen. Bisweilen gelingt es, allein durch die Brille das Schielen zu be-

seitigen. Ist dies nicht der Fall, so kann man zur Operation schreiten und zwar kommt je nach der Sachlage in Betracht: 1) die einfache Rücklagerung des Schielmuskels oder 2) die Vorlagerung des Antagonisten oder 3) beides. Sehr wichtig ist die Nachbehandlung, die bestrebt sein muss, die Sehkräfte des Schielauges, wenn möglich, zu heben und die Fusionsthätigkeit anzuregen durch Uebungen mit dem Stereoscop.

Zur Erläuterung seiner Ausführungen demonstrirte der Vortragende vier Schielfälle.

Discussion. Dr. L. H. Abele stimmt mit dem Vortragenden überein, dass der Operations stets genaue Untersuchungen vorausgehen müssen. Diese sollen sich nicht allein auf Refraction und motorisches Verhalten erstrecken, sondern auch auf das sensorische Verhalten, und können mit Hülfe der Methode von Tschermak relativ bequem und sehr genau ausgeführt werden. Eine weitere wichtige Frage ist die: wann soll operirt werden? Die meisten Ophthalmologen stehen heute wohl auf dem Standpunkt, dass man am besten wartet, bis das Kind alt und verständig genug geworden ist, um den doch ziemlich complicirten Untersuchungsmethoden gut folgen zu können. Dies wird kaum vor dem 6.—8. Lebensjahre der Fall sein. Wenn die Theorie der Amblyopia ex Anopsia auch durch die Schweigger'schen Veröffentlichungen eine Erschütterung erfahren hat, so empfiehlt es sich doch, mit der Operation, wenn sie überhaupt als nöthig erkannt worden ist, nicht länger zu warten, als aus den obigen Gründen absolut nöthig ist. — Dr. H. Gradle weist darauf hin, dass während der letzten 10 Jahre insbesondere von amerikanischer Seite vielfach empfohlen wurde, erst die friedliche Behandlung (mit Brille und Stereoscop etc.) zu versuchen. Diese kann jedoch nur dann von Erfolg begleitet sein, wenn nicht neben der horizontalen Ablenkung auch noch eine Höhenablenkung vorliegt. Was die Theorie der Amblyopia ex Anopsia anbelangt, so sind verschiedene Fälle bekannt, wo bei einem amblyopischen Schielauge nach Verlust des guten Auges eine wesentliche Verbesserung der Sehkräfte beobachtet wurde. Leider lässt sich eine solche Besserung nicht künstlich herbeiführen, solange das gute Auge sehtüchtig ist. — Dr. A. Hale (Schlusswort): Wir können zur Operation schreiten, sobald das Kind vernünftig genug ist, auf den Arzt zu horchen und seinen Weisungen zu folgen. Von grösster Wichtigkeit ist, dass die operirte Person für längere Zeit in Beobachtung bleibt und die erforderliche Nachbehandlung erhält.

2) Dr. E. A. Fischkin hält einen Vortrag über *Pemphigus.*

Discussion. Dr. A. Heym: Eine engere Begrenzung des Begriffes „Pemphigus" wäre besonders wünschenswerth bezüg-

lich jener pemphigusartigen Erscheinungen, die im Anschluss an verschiedene Erkrankungen des Nervensystems beobachtet werden können. Wir wissen, dass z. B. nach Hysterie, Myelitis, Syringomyelie etc. Blasen auftreten, die gewöhnlich zum Pemphigus gerechnet werden, die aber mit dem klinischen Bilde, das Herr Dr. Fischkin entworfen, nichts gemein haben. Meiner Meinung nach handelt es sich hier gar nicht um Pemphigus, sondern um vereinzelte trophische Störungen der Haut. Damit will ich nicht sagen, dass der Pemphigus nicht auf neurotischer Basis entstände, ich halte dies sogar für durchaus wahrscheinlich, obgleich wir die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Nervensystems, die dabei in Betracht kommen, bis jetzt noch nicht kennen. Ich stimme auch ganz mit Dr. Fischkin überein, wenn er sagt, dass die pathologischen Veränderungen, die man manchmal im Anschluss an Pemphigus im Nervensystem findet, vielleicht nur zufälliger Natur sind. So erinnere ich mich eines Falles der Erb'schen Klinik, wo bei einem Manne mit Pemphigus, der an einem Carcinom starb, multiple Sclerose des Rückenmarkes gefunden wurde. Der Zusammenhang war hier doch sehr fraglich, da wir post mortem gar nicht so selten multiple Sclerose finden, wo bei Lebzeiten klinische Symptome dafür völlig fehlen. — Dr. D. Lieberthal: Ich bin entschieden der Ansicht, dass es einen Pemphigus acutus giebt, der sich durch einen einmaligen Anfall auszeichnet. Was die Dermatitis herpetiformis anlangt, so ist bekannt, dass die Aufstellung dieses Typus viel Confusion hervorgerufen hat. Beim Auftreten eines Blasenausschlages sollte man sich nicht vorschnell zur Diagnose von Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis verleiten lassen, sondern den Kranken immer erst eine geraume Zeit über beobachten. Bezüglich der Frage, ob die Pemphigusblase entzündlicher Natur sei oder degenerativen Vorgängen im Epithel seine Entstehung verdanke, scheinen mir sowohl die klinischen als auch pathologischen Befunde zu Gunsten der Entzündungstheorie zu sprechen; denn die Blase entwickelt sich plötzlich und oft auf völlig gesunder Haut und bei der microscopischen Untersuchung finden sich thatsächlich Veränderungen entzündlichen Characters. Andererseits giebt es Fälle von Pemphigus, wo den Blaseneruptionen Erythem oder Urticaria vorausgehen — ein weiterer Grund für die Annahme eines entzündlichen Vorganges. Dass ein Pemphigus im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten kann, erhellt aus den in der Literatur verzeichneten Fällen. Es sei mir noch gestattet, hier über 2 Fälle von Pemphigus foliaceus zu berichten. Der erste betraf eine Frau von 30 Jahren im 6. Monate der Schwangerschaft. Zur Zeit als sie in meine Behandlung kam, war sie schon 5 Wochen krank gewesen und zeigte theils schlappe Blasen, theils Läsionen mit Epithelverlust, flach oder mit Vegetationen. Nachdem sie an

zwei Tagen je 5 Stunden im Wasserbad zugebracht, besserte sich ihr Allgemeinzustand wesentlich, doch abortirte sie 3 Tage darauf, also etwa 6—7 Wochen nach Beginn der Krankheit. Nach 3 weiteren Tagen Exitus letalis. Die Anamnese hatte ergeben, dass die Frau 2 Jahre vorher bei Gelegenheit einer früheren Schwangerschaft eine schmerzhafte Erkrankung der Mund- und Nasenschleimhaut gehabt hatte. Die Obduction wurde verweigert. Der Foetus zeigte nichts Abnormes. — Der zweite Fall betraf einen 40jährigen Mann und verlief in einer einmaligen Attacke, die in 6 Monaten letal endigte. Sie sehen auf den herumgereichten Bildern, dass fast die ganze Körperoberfläche der Epidermis beraubt ist. — Dr. G. Schmauch: Ich möchte nur kurz gegen die nervöse Theorie des Pemphigus Stellung nehmen. Für mich ist eine nervöse Exsudation mit Blasenbildung nicht gut denkbar. Ich leugne keinenfalls die trophischen Neurosen, kann mir aber nur vorstellen, dass eine Nervenstörung eine lokale Schädigung, einen Defect im Gewebe zur Folge haben kann, nicht aber einen activen Process wie Blasenbildung. Die nervöse Aetiologie widerspricht deshalb meinem pathologischen Gefühl und bisher hat mir die infectiöse Theorie, wie sie auch Herr College Lieberthal vertritt, völlig genügt. Ich möchte Ihnen noch kurz einen merkwürdigen Fall aus meiner früheren Thätigkeit als pathologischer Anatom vorführen, nämlich einen Fall von postmortalem Pemphigus. Aus der Frauenklinik war uns die Leiche eines todtgeborenen Kindes zugeschickt worden. Aeusserlich war an dem Kinde nichts Abnormes zu bemerken. Die Leiche hatte schon einige Tage in unserem Keller gelegen, als der Diener mit der Frage an mich herantrat, was damit geschehen solle, es hätten sich zahlreiche Blasen am Körper gebildet. Die microscopische Untersuchung derselben ergab, dass hier wie beim Pemphigus die obere Hornschicht mehr oder weniger durch Secret und Zellmassen abgehoben war, und was das Merkwürdige war, die Blasen enthielten grosse Charcot-Neumann'sche Krystalle; eosinophile Zellen waren vorhanden, aber nicht auffallend vermehrt. Die bacteriologische Untersuchung ergab keinen verwerthbaren Befund. Neue Blasen traten nicht mehr auf. Wir sind uns heutzutage darüber klar, dass mit dem Tode des Individuums noch nicht der unmittelbare Tod der einzelnen Zelle verbunden ist. Dieser mystische postmortale Pemphigus kann aber unmöglich als neurotisch angesehen werden; man kann ihn eben nur durch nachträgliche bacterielle Invasion erklären. — Dr. Memelsdorf: Gegenüber der eben ausgesprochenen Ansicht, dass bei Pemphigus Nerveneinfluss keine Rolle spielt, möchte ich über einen Fall berichten, wo Reflexneurose die einzige Erklärung zu sein scheint. Der 50jährige Arbeiter R. G. erkrankte am Weihnachtsabend an Influenza. An der Gaumenschleimhaut befanden sich zahlreiche

Blasen, an deren Stelle am nächsten Tage Erosionen getreten waren, bedeckt mit Epithelfetzen und einer grauen, schmierigen Masse. Es entwickelte sich eine doppelseitige Pneumonie und Pleuritis. Heftiger Kopfschmerz während der Dauer der Krankheit und noch nach Ablauf derselben. Am 16. Januar erschienen auf der sonst normalen Haut der Brust und des Bauches, unregelmässig vertheilt, 6 Blasen, nicht prall gespannt, mit klarem Inhalt, die durch Incision entleert und mit Streupulver bedeckt wurden. Während der nächsten 3 Wochen traten an verschiedenen Körpertheilen (Kopf, Hände und Füsse blieben frei) ähnliche Gebilde auf in der Grösse eines Zehncentstückes bis zu der eines halben Dollars. Subjective Symptome fehlten, nur die Eruption am Rücken war von Jucken begleitet, das auf Antipyrin schnell verschwand. Nach Abheilen der Blasen blieb eine dunkelbraune Pigmentirung zurück. — Dr. F i s c h k i n (Schlusswort): Es war mir daran gelegen, in kurzen Umrissen ein Bild vom heutigen Stand der Pemphiguslehre zu entwerfen. Diese ist noch lange nicht abgeschlossen. Wir wissen noch nichts über die Pathogenese der Krankheit, nichts über ihre Actiologie. Die verschiedenen Theorien haben natürlich alle etwas für sich, sonst wären sie nicht entstanden; keine von ihnen ist aber irgendwie beweisend. Dies gilt auch von der neuropathischen Theorie, obwohl sie sich auf eine Menge klinischer und anatomischer Beobachtungen stützt. Der S c h w i m m e r'sche Fall, wo bei einem Manne, der längere Zeit im Wasser stehen musste, nach einer Reihe nervöser Störungen Pemphigus sich einstellte, ist jedoch sehr characteristisch. In der grossen Mehrzahl der Fälle beobachten wir aber nichts von irgendwelchen Erkrankungen des Nervensystems. Ob die Blasenbildung beim Pemphigus auf einem degenerativen oder entzündlich-exsudativen Process beruht, lässt sich mehr vermuthen als definitiv beantworten. Meinerseits möchte ich mich der zweiten Theorie anschliessen. Der Fall im County Hospital, von dem ich berichtete, dass starke Oedeme des Penis und der Bauchhaut sich einstellten, zeigt jedenfalls, dass ausgedehnte exsudative Processe hier vorliegen. Bezüglich der Einreihung der D ü h r i n g'schen Dermatitis herpetiformis in die Pemphigusgruppe möchte ich hinzufügen, dass ich damit nicht die Existenz oder Existenzberechtigung der D ü h r i n g'schen Krankheit in Frage stelle. Es unterliegt keinem Zweifel, dass der Symptomencomplex von D ü h r i n g ziemlich verschieden ist von den gewöhnlichen Pemphigusformen. Die Blase spielt nach D ü h r i n g bei der Dermatitis herpetiformis die kleinste Rolle, das Krankheitsbild wird vielmehr durch die meist polymorphen Nebensymptome bestimmt; beim Pemphigus dagegen steht die Blase im Vordergrund der Erscheinungen. Trotz dieser Verschiedenheit sind die beiden Formen doch so verwandt, dass man sie nicht ganz von einander trennen könnte.

Schluss der Sitzung. Dr. L. H. A b e l e, Schriftführer.

XI. Sitzung. Donnerstag, den 5. März 1903.

Vorsitzender: Dr. Karl Doepfner.

Wissenschaftlicher Theil. — 1. *Krankenvorstellungen.*

Dr. Lieberthal stellte einen Fall von *Lichen planus* vor.

Bei dem 20jährigen Patienten zeigten sich die ersten Symptome am Abdomen vor 4 Monaten. Allmählich verbreiteten sich die Eruptionen über den ganzen Rumpf, Scrotum und Penis; zuletzt traten sie auch an den Extremitäten auf, aber nur sehr spärlich. Die einzelnen Efflorescenzen stellen sehr flache, eckige, scharfgezeichnete, blassbraune und blassblaue Papeln dar von Hirsekorn- bis Stecknadelkopfgrösse mit Dellen und ohne jedwede Schuppung. Es besteht nur geringes Jucken. Von Interesse sind die für Lichen planus characteristischen Schleimhautläsionen der Wangenschleimhaut. Daselbst finden sich netzförmige, erbsen- bis bohnengrosse Plaques, die ein weisslich glänzendes und rissig zerklüftetes Aussehen zeigen.

Was die Behandlung anbelangt, so muss das Arsen als Hauptmittel, ja geradezu als Specificum betrachtet werden. Es wird intern und subcutan angewandt; intern in Form der Fowler'schen Lösung oder des weissen Arsenik. Erstere sollte stets frisch bereitet werden. Letzterer wird sub forma der asiatischen Pillen gereicht. Man beginnt mit 3 Pillen pro die, welche in *einer* Darreichung vor dem Mittagessen gegeben werden. Jeden zweiten bis fünften Tag steigt man um eine Pille bis auf acht bis zehn pro die. Die Tagesdose von 5 oder mehr Pillen wird in *zwei* Einzeldarreichungen genommen, vor dem Mittagessen und Abendessen. Bei der Dose, wo man eine merkliche Besserung wahrnimmt, bleibt man einige Zeit stehen, um dann wieder allmählich herabzugehen. Gewöhnlich zeigt sich eine Besserung erst nachdem der Patient 500—600 Pillen genommen hat. Subcutan wird entweder die Fowler'sche Lösung oder Natrium arsenicosum angewendet. Von der Ersteren werden 4 Gramm auf 20 Gramm Wasser in zwanzig bis dreissig Tagen gegeben, von Letzterem eine Lösung von einem Decigramm auf 10 Gramm Wasser in Dosen von ¼—1 Spritze voll, steigend jeden zweiten Tag resp. jeden Tag. Ich habe es rathsam gefunden, beim Gebrauch des Arsen gleichzeitig ein Eisenpräparat zu verordnen, weil dann das Arsen besser vertragen wird. Sobald sich Zeichen von Arsenicismus zeigen, muss die Dose natürlich vermindert werden. Manchmal ist es rathsam, mit den verschiedenen Präparaten und den Applicationsmethoden abzuwechseln. Zur localen Behandlung können alle jene Mittel herangezogen werden, die juckstillend wirken. Das bisweilen sehr quälende Jucken wird gewöhnlich erst dann gelindert, wenn bei Anwendung des Arsen die Läsionen sich zurückzubilden beginnen. Ich möchte noch erwähnen, dass Unna mit einer Salbe, bestehend aus einem Theil

Sublimat, zwanzig Theilen Carbolsäure auf 500 Theile Unguentum simplex in einigen Wochen ohne jede interne Medication Fälle von Lichen planus zur Heilung brachte. Die Salbe wird zweimal täglich aufgestrichen und der Patient hat, mit Wolle bekleidet, im Bette zu bleiben.

Discussion. Dr. A. Loew: Ich möchte den Herrn Dr. Lieberthal fragen, ob er thatsächlich die asiatischen Pillen *vor* der Mahlzeit nehmen lässt; Arsenik besitzt, namentlich in solchen Dosen ätzende Eigenschaften, und ich möchte trotz der Empfehlung von Seiten der Dermatologen vor der Darreichung des Arsenik auf nüchternen Magen warnen. — Dr. Memelsdorf: Von den Arsenikpräparaten wende ich mit Vorliebe das Acidum arsenicosum in Form der asiatischen Pillen oder auch in Lösung an. Ich verordne dieselben nach der Mahlzeit; in vielen Fällen werden sie aber direct vor dem Essen besser vertragen. Die Hauptsache ist, mit sehr kleinen Dosen anzufangen. Mit der inneren Behandlung verbinde ich stets auch die äussere Anwendung einer Sublimatcarbolsalbe, oder von Theerpräparaten, am liebsten von Chrysarobin in Traumaticin. — Dr. Lieberthal (die Discussion schliessend): Herrn Dr. Loew gegenüber möchte ich ausdrücklich betonen, dass die Pillen vor dem Essen verabreicht werden. Die Dose ist ja ausserordentlich klein und vermischt sich bald mit den Ingesta.

2. *Vortraege.*

Dr. Kolischer: *Ueber die Erleichterung von Nierenleiden durch locale Therapie.*

Discussion. Dr. L. E. Schmidt: In Bezug auf meinen Fall, den Herr Dr. Kolischer citirt hat, möchte ich Folgendes sagen: Ich habe den Patienten vor 9 Monaten zum ersten Male gesehen; die Anamnese ergab, dass er wiederholt an typischen Nierenkoliken gelitten hatte. Bei der ersten von mir vorgenommenen Untersuchung klagte der Patient über Schmerzen in der rechten Nierengegend und über ausstrahlende Schmerzen entlang des rechten Ureters und in der Glans penis. Diese Schmerzen nahmen in den letzten Tagen, bevor ich ihn sah, derart zu, dass er sich entschloss, eine cystoscopische Untersuchung vornehmen zu lassen. In der Blase fand sich Trigonumcystitis, ein kraterförmiges Geschwür im Trigomun, ausserdem konnte man sehen, dass aus der rechten Ureteröffnung trüber Harn hervorquoll. Ich catheterisirte nun den rechten Ureter und hatte dabei die deutliche Empfindung, mit dem Catheter an mehreren rauhen Stellen vorbeizugleiten. Eine nachher aufgenommene Radiographie zeigte das Vorhandensein von drei Steinen im rechten Ureter. Zwei Tage später spritzte ich durch einen bis ins Nierenbecken eingeführten Ureterencatheter 10 ccm Vaselinöl ein, was dem Patienten weiter keine Schmerzen verursachte. Im 24-

Stundenharne nach diesem Eingriff konnte ich kein Blut nachweisen. Fünf Tage später wurde die Injection mit Vaselinöl wiederholt, und auch nach dieser Injection im 24-Stundenharne kein Blut gefunden. Eine jetzt wieder aufgenommene Röntgenphotographie gab denselben Befund wie die erste, es war also keine Veränderung in der Location der Steine vor sich gegangen. Die Injection von Vaselinöl wurde 7 mal vorgenommen ohne dass jemals Blut im Harne gefunden wurde und ohne dass die Uretersteine sich gerührt hätten. Dagegen ist der vorher trübe Harn vollständig klar geworden, und der Patient befindet sich jetzt, d. h. 4 Monate nach der ersten Injection, subjectiv im besten Zustande. Bierhoff, New York, hat angegeben, dass man auf die Gegenwart eines Steines im Nierenbecken schliessen kann, wenn nach Einspritzung von Flüssigkeit in's Nierenbecken, innerhalb der nächsten 24 Stunden Blut im Urine erscheint. Meine Erfahrung in dem oben citirten Falle und in drei weiteren genau beobachteten Fällen von Uretersteinen war die, dass in keinem Falle nach vorgenommener Injection sich Blut im Harne zeigte, was also höchstwahrscheinlich andeutet, dass die Steine im Ureter in diesen Fällen durch die Injection nicht von ihrer ursprünglichen Stelle bewegt wurden. — Dr. Doepfner: Ich möchte den Herrn Dr. Kolischer fragen, ob er bei *jeder* Pyelitis Catheterisation empfiehlt? — Dr. G. Schmauch: Ich möchte mir zu dem interessanten Vortrage des Herrn Dr. Kolischer einige Bemerkungen gestatten. Einem Jeden, der häufig die Uretheren catheterisirt hat, ist der heilende Erfolg und das Verschwinden von gewissen Krankheitssymptomen nach diesem Eingriff wohl aufgefallen. Eine richtige Erklärung hierfür ist aber bisher nicht gegegen worden. Die Deutung des Herrn Redners, wonach es die Beseitigung der Toxine sein soll, die eine Art Spasmus hervorrufen, ist mir nicht sehr sympathisch. Ich verfüge über 3 Fälle von intermittirender Hydronephrose, die nach mehrmaligem Catheterismus geheilt wurden. Mechanische Einflüsse spielen hierbei wohl die Hauptrolle. Bei septischer Nephritis handelt es sich histologisch nur um eine Trübung und Degeneration der Epithelien, — eine directe Schädigung des Epithels und dadurch verminderte Harnsecretion. Ich möchte noch an einen anderen Punkt des Vortrages anknüpfen. Herr Dr. Kolischer hat beobachtet, dass die Entzündung und Geschwürsbildung am Ureterenostium eine vermehrte Thätigkeit des Ureters hervorruft. Ich habe beim Cystoscopiren immer den Eindruck erhalten, dass die Ureterenwelle rythmisch abläuft. Diese rythmische Thätigkeit wird meiner Ansicht nach von einem Centralorgan ausgelöst. Dass geschwürige Processe hierauf Einfluss haben sollen, kommt mir nicht sehr wahrscheinlich vor. In dieser Ueberzeugung wurde ich bestärkt durch die Beobachtung, dass nach Nierenexstirpation der Ureter

in 2 Fällen in gleicher Weise weiterarbeitete. Dass bei Unterbindung des Ureters derselbe zu arbeiten aufhört, ist ja selbstverständlich. Bei Ureterfisteln arbeitete er nur in einigen Fällen, bei welchen die Continuitätstrennung keine vollständige gewesen ist. Es handelte sich in dem einen Falle um einen carcinomatösen Uterus, der vaginal extirpirt worden war, wobei eine Ureterfistel entstand. Bei dem bereits eingetretenen Recidiv war eine Plastik ausgeschlossen und die Nierenexstirpation der leichtere Eingriff. Dass der Ureter in derartigen Fällen weiter arbeiten kann, darf uns nicht besonders wundernehmen, da die peristaltische Welle ja vom Nierenbecken abwärts verläuft, also bei vorhandenem Ureter noch weiter bestehen kann. Diese rythmischen Contractionen müssen also doch central ausgelöst sein. — Dr. W. T. Belfield: Die locale Therapie der Ureteren und des Nierenbeckens ist entweder eine rein mechanische oder eine arzneiliche. Der Werth der ersteren, einschliesslich der Dilatation von Stricturen und der hauptsächlich und zuerst durch Kolischer bearbeiteten Methode der Entfernung von Uretersteinen durch mechanische Mittel, ist von allen Seiten bedingungslos anerkannt. Die arzneiliche Behandlung mittels des Ureterencatheters befindet sich dagegen noch im Stadium des Versuchs: während durch sie, wie uns Dr. Kolischer berichtet, schon manche Fälle günstig beeinflusst wurden, bleibt bei anderen der Erfolg völlig aus. Wir werden voraussichtlich zu der Ueberzeugung kommen, dass für die Infectionen des oberen Urinaltracts ebenso wie für die Blase frühere locale oder auch allgemeine Ursachen verantwortlich gemacht werden müssen. Geradeso wie bei Cystitis die bacterielle Infection die Folge von Vergrösserung der Prostata, Stricturen, Steinen u. s. w. ist, so wird wahrscheinlich die Infection des Nierenbeckens und des Ureters erst secundär verursacht durch eine primäre Laesion, und der Erfolg einer localen Medication wird hauptsächlich abhängen von der Möglichkeit, diese primäre Ursache zu beseitigen. — Dr. Kolischer (Schlusswort): Zunächst die Beantwortung der Frage Dr. Doepfner's. Ich glaube nicht, dass man aus diagnostischen Gründen jede Pyelitis catheterisiren soll. Der Ureterencatheterismus soll nur aus bestimmten Indicationen vorgenommen werden. Was die Bemerkung Dr. Schmauch's anbelangt, so hat er zunächst etwas zu widerlegen versucht, was ich nicht behauptet habe. Ich bin geflissentlich einer Erklärung der Anurie, soweit sie auf Veränderungen in der Nierensubstanz beruht, aus dem Wege gegangen, weil dies ganz ausserhalb des Bereichs meines heutigen Vortrags liegt; ich habe gesagt, dass wir nach einem mechanischen Momente als Erklärungsgrund für die Besserung der Patienten suchen müssen, nachdem ich nur mit indifferenten Flüssigkeiten ausgespült habe. Die Frequenz der Ureterenejaculationen wird durch Entzündungen um und an dem

unteren Ureterenende thatsächlich erhöht; dies weiss jeder erfahrene Cystoscopist. Die Ansicht Dr. Schmauch's, dass die Ureterencontractionen von einem Centralorgane ausgelöst werden, ist eben nur eine Ansicht, nichts weiter. Dass ein Ureter nach Exstirpation der betreffenden Niere noch weiter arbeitete, ist eine einzig dastehende Beobachtung Dr. Schmauch's. Wir bgründen die Diagnose, dass eine complete Ureterenfistel einer Seite besteht, eben gerade damit, dass sich dieser Ureter nicht mehr contrahirt. Dass die Ureterenwelle nicht, wie Dr. Schmauch behauptet, am Nierende des Ureters beginnt, lässt sich leicht beweisen. Solange nämlich der Ureterencatheter in der Ampulle steckt, wird der Urin aus dem distalen Catheterende in Intervallen austreten; wird der Catheter höher hinaufgeschoben, so tropft der Urin gleichmässig und constant ab.

Schluss der Sitzung. Dr. L. H. Abele, Schriftführer.

Erster Congress der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,

in Frankfurt a. M. am 9. und 10. März 1903.*)

Am 19. October vorigen Jahres im Berliner Rauthhause gegründet, hat die junge Gesellschaft in der kurzen Zeit ihres Bestehens einen unerwarteten Aufschwung genommen; sie zählt jetzt über 1600 Mitglieder und besitzt fast in allen grossen Städten Deutschlands eigene Ortsgruppen oder Zweigvereine. Auch auf die Gesetzgebung hat sie in dieser Zeit entschiedenen Einfluss zu gewinnen vermocht, indem es ihr gelungen ist, im Reichstag die Beseitigung der bekannten beschränkenden Bestimmungen aus dem Krankenversicherungsgesetz, sowie im Abgeordnetenhaus die geplante Anzeigepflicht für Syphilis, Tripper, u. s. w. bei Personen, die gewerbsmässig Unzucht treiben, auf die Polizeiärzte durchzusetzen.

Unter reger Betheiligung von Staats- und Verwaltungsbehörden, Polizei- und Gemeindeverwaltungen, Landesversicherungsanstalten, Militärbehörden, volkswirthschaftlichen- und Frauenvereinen, sowie hervorragenden Aerzten aus ganz Deutschland konnte die Gesellschaft schon jetzt ihren ersten öffentlichen Congress abhalten, der einige der wichtigsten Fragen, die der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution, zur allgemeinen Erörterung brachte und, wie wir gleich vorweg bemerken wollen, für jeden, welcher nicht erwartet, dass in zwei Tagen diese schwierigen Probleme einer sofortigen Lösung entgegengeführt werden, ein ausserordentlich befriedigendes Resultat zeitigte.

*) Aus „Deutsche med. Presse," 1903, No. 7.

An die Spitze der Tagesordnung hatte der Congress, welcher unter der Leitung seines Vorstandes, Geheimrath Prof. Neisser-Breslau, Prof. Lesser-Berlin, Dr. Blaschko-Berlin tagte und welchem das Frankfurter Organisations-Comité unter dem Vorsitze des Oberbürgermeister Dr. Adickes auch äusserlich ein glänzendes Gewand geschaffen hatte, die Discussionen über die strafrechtliche und civilrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten gesetzt. Die hervorragendsten Rechtslehrer Deutschlands hatten die Feder in den Dienst der Sache gestellt, Männer wie Franz von Liszt, Hellwig, von Bar hatten bedeutsame Gutachten über diese Fragen geliefert und der als hervorragender Jurist bekannte Oberlandesgerichtsrath Schmölder, Hamm erstattete das einleitende Referat: *„Ueber die strafrechtliche und civilrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten."*

. Im ersten Theile seiner Ausführungen nahm derselbe Bezug 1. auf die Bestimmung in dem Entwurf der lex Heinze vom December 1897: „Wer die Gesundheit einer Person dadurch gefährdet, dass er wissend, dass er mit einer ansteckenden Geschlechtskrankheit behaftet ist, ausserehelich den Beischlaf ausübt, wird mit Gefängniss bis zu einem Jahre oder mit Geldstrafe bis zu 1000 Mark bestraft" sowie auf die Fassung von Liszt's: „Wer wissend, dass er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt, wird mit Gefängniss bis zu 2 Jahren bestraft, neben welchem auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann." Demgegenüber schlägt Schmölder folgende erweiterte Fassung vor: „Wer ausserhalb der Ehe, obwohl er weiss, oder den Umständen nach annehmen muss, dass er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt oder mit einer anderen Person eine unzüchtige Handlung vornimmt, die an sich und mit Rücksicht auf die Art der Geschlechtskrankheiten zur Krankheitsübertragung geeignet ist, wird mit Gefängniss bis zu 2 Jahren und Geldstrafe, oder mit einer dieser Strafen belegt. Neben der Gefängnissstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte anerkann werden."

An der Stelle der Reglementirung, die in Wegfall kommen soll, soll dieser Paragraph noch folgende Zusätze erhalten:

1. „Ist die That von einer Frau in Ausübung der gewerbsmässigen Unzucht verübt, so ist nicht auf Geldstrafe, sondern auf Gefängnissstrafe im Rahmen von 6 Monaten bis zu 3 Jahren zu erkennen" und

2. „Eine Frau, die behaftet mit einer ansteckenden Geschlechtskrankheit Unzucht treibt, wird mit Gefängnissstrafe von 1 Monat bis zu 1 Jahr belegt."

In der Discussion, an welcher sich Prof. C. Fränkel-Halle, Prof. Flesch, Frau Scheven-Dresden, Assessor Claus-

mann-Cöln u. A. betheiligen, wenden sich fast alle Redner gegen die vorgeschlagenen Strafbestimmungen. Prof. C. Fränkel-Halle verspricht sich davon ein Flüchten der Prostituirten vor der ärztlichen Untersuchung und ein Züchten des Denunziantenthums. Beachtenswerth ist ein Vorschlag der Frau Scheven-Dresden, die mildere v. Liszt'-sche Fassung zu adoptiren, die Verfolgung jedoch nur auf Antrag eintreten zu lassen. Assessor Claussmann-Cöln hält den Paragraphen des Strafgesetzbuches über Körperverletzung für ausreichend. Auch vermisst er eine juristische Definition des Begriffes Geschlechtskrankheit.

Prof. Neisser erklärt sich für den von Liszt vorgeschlagenen Paragraphen. Er erwartet dadurch nicht nur eine allmähliche Umstimmung des Rechtsbewusstseins der Gebildeten und sieht in ihm ein mächtiges Warnungsmittel in den Händen der Aerzte gegenüber leichtsinnigen und frivolen Patienten; er glaubt auch, dass dadurch gegenüber der Prostitution eine gesetzliche Bestimmung gewonnen würde, welche eine strafrechtliche und nicht nur eine polizeiliche Bestrafung erlaube. Bisher wurden die Prostitutirten nur wegen Uebertretung der Polizeivorschriften verhaftet und bestraft; jetzt würde es möglich sein, den eigentlichen Kernpunkt ihres Vergehens, die Gesundheitsgefährdung im Gewerbe zu treffen. Unbedingte Voraussetzung wäre aber dann, nicht, wie Schmölder es vorschlage, die Aufhebung der Reglementirung, sondern gerade im Gegentheil eine sorgsame Reglementirung, deren Befolgung zu einer Schutzmaassregel für die Prostituirten werden würde. Ohne eine solche Schutzmaassregel würde ja jeder Geschlechtsverkehr einer Prostituirten sie mit dem neuen Praragraphen des Strafgesetzes in Conflikt bringen und so würde dieser Paragraph auf die draconische Unterdrückung der Prostitution hinauskommen. Bei bestehender Reglementirung aber würde der Paragraph dazu dienen, die Prostituirten zu einer regelmässigeren Befolgung der sanitären Ueberwachungsvorschriften anzuhalten.

Bezüglich des 2. Punktes seines Referats, die zivilrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten betreffend, bespricht Schmölder kurz die hierher gehörigen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches, die er in Uebereinstimmung mit dem Gutachten von Hellwig für vollständig ausreichend hält.

In der zweiten Sitzung, die der Frage: *„Wie können die Aerzte durch Belehrung der Gesunden und Kranken der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten steuern?* gewidmet war, erstattet Dr. med. Neuberger-Nürnberg das Referat. Er stellt den Antrag:

„Die D. Gesellsch. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankheiten solle Aerzten, Krankenkassen oder -häusern allgemein gehaltene Leitsätze für Kranke in Zettel- oder Kartenform zur Verfügung stellen, die folgende Punkte betonen: Die Nothwendigkeit ärztlicher Behandlung, Langwierigkeit der Krankheiten, Warnung

Inficierter vor der Ehe, Gefährlichkeit des inficierten Ehegatten für den Andern, Warnung vor Curpfuschern und schwindelhafter Reklame."

Dieser Antrag wird angenommen. Als besonders bemerkenswerth verdient aus der Discussion, die sich vorwiegend um Form und Ausstattung dieser Leitsätze drehte, dass Geheimrath Prof. Dr. E r b-Heidelberg betont, er habe in einzelnen, nicht ganz seltenen Fällen Schädigungen besonders im Sinne der Neurasthenie und Hysterie und zwar bei beiden Geschlechtern infolge sexueller Abstinenz beobachtet. Es habe sich dabei wohl meist um neuropathisch belastete und veranlagte Individuen gehandelt. Da deren Zahl an sich aber bekanntlich sehr gross sei, seien auch gewiss derartige Vorkommnisse nicht ganz irrelevant und deshalb könne er die neuerdings mit steigender Sicherheit wiederholte Behauptung, dass die sexuelle Enthaltsamkeit „ganz unschädlich" sei, nicht unwidersprochen lassen.

Gegenüber den Vertretern der Krankenkasse G r ä f und F i e b i g-Frankfurt a. M., welche eine genaue Diagnose der Aerzte bei Krankmeldung an die Kasse wünschen, weist B l a s c h k o darauf hin, dass die Krankenkassenbeamten zur Wahrung des Berufsgeheimnisses nicht wie der Arzt, gesetzlich verpflichtet seien und dass dieser oft im Interesse des Patienten zur Wahrung des Berufsgeheimnisses genöthigt sei. Es sei daher eine Ausdehnung des § 300 des Straf-G. B. (Verletzung des Berufsgeheimnisses) auf die Krankenkassen erforderlich sowie Sicherheit dagegen, dass die Diagnose dritten Personen bekannt werde, Maassregeln wie sie bei der Frankfurter Ortskrankenkasse z. B. jetzt schon bestehen (Uebersendung der Diagnose an die Kasse in geschlossenem Brief.)

Direct auf sociales Gebiet leitete der 3. Punkt der Tagesordnung über. Er betraf: *„Das Wohnungselend der Grosstädte und seine Beziehungen zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und zur Prostitution."*

Der 1. Referent über dieses Thema, Stadtarzt Dr. P f e i f f e r-Hamburg, stellte den auch später angenommenen Antrag: „Die D. Gesellschaft z. B. d. G. fordert ihre Mitglieder auf, dieser Frage ihre besondere Aufmerksamkeit zu widmen und alle einschlägigen Beobachtungen der Geschäftsstelle der Gesellschaft zu übermitteln. Der Vorstand wird beauftragt, sich mit allen Vereinen und Gesellschaften, die der Wohnungsfrage und Bekämpfung des Wohnungselends ihre Aufmerksamkeit schenken, in Verbindung zu setzen sowie die Verwaltung grosser Städte zu diesbezüglichen Enqueten zu veranlassen."

Ganz neue Gesichtspunkte entwickelte der 2. Referent Hr. P. K a m p f f m e y e r-Cronberg, welcher in fesselnden und auf ein reiches Thatsachenmaterial gestützten Darstellungen zeigte, wie das enge Zusammenwohnen in den aller Hygiene Hohn sprechenden überfüllten Wohnungen der Grossstädte eine frühzeitige

Entfesselung der Geschlechtslust, frühzeitige Vollziehung des Geschlechtsverkehrs und damit eine enorme Verbreitung dieser Krankheiten zeitigt. Er verlangt daher von Staat und Gemeinde zur Bekämpfung dieser Schäden 1. eine einschneidende Wohnungsgesetzgebung, welche an die Benutzung der Wohnräume bestimmte Minimalforderungen vom sanitären und moralischem Standpunkte aus stellt und 2. eine directe communale und staatliche Wohnungsproduction oder wenigstens eine Förderung der genossenschaftlichen und gemeinnützigen Wohnungsproduction durch Staat und Gemeinde. — Er weist ferner auf die körperlichen und sittlichen Schädigungen hin, welche die Nation durch das immer mehr und mehr Ueberhandnehmen des Schlafgängerthums erleidet. Diesen Schädigungen könne man am besten entgegentreten durch directen staatlichen und communalen Bau von Logirhäusern oder durch Unterstützung der gemeinnützigen Einrichtung solcher Häuser. Weiterhin fordert er eine ausgedehnte Wohnungsinspection und zwar nicht blos durch die Staatsorgane, sondern vor allem auch durch die Krankenkassen, wozu die bereits bei grösseren Kassen bestehende, berufsmässige Controlle weiter ausgebaut und reformirt werden soll. Eine regelmäsisge Wohnungscontrolle habe sich auch auf die Prostituirten zu erstrecken, dafür komme aber dann die Reglementirung in Wegfall. Es empfehle sich daher die Erweiterung der Krankenkassenversicherung auf alle Personen bis zu 2000 Mark Einkommen.

In der Discussion empfiehlt Dr. B e c h e r-Berlin die Errichtung von Logierhäusern für Unverheirathete aus den Mitteln des Reservefonds der Krankenkassen. Weiter wünscht er, dass die Institution der Walderholungsstätten auf die venerisch Erkrankten ausgedehnt werde. Oberbürgermeister B e c k-Mannheim, bezweifelt, dass sowohl Gemeinde wie auch Krankenkassen hinreichende verfügbare Mittel zur Durchführung der vorgeschlagenen Wohnungsreform besässen.

Bei weitem das grösste Interesse nahm naturgemäss die Erörterung der vierten und hauptsächlichsten Frage ein: *„Nach welcher Richtung ist eine Reform der heutigen Reglementirung der Prostitution möglich?“*

Während sowohl der Referent Geheimrath N e i s s e r als auch die ärztlichen Mitglieder des Congresses mit verschwindenden Ausnahmen die heutige Reglementirung für unbrauchbar, ja, in gewisem Sinne für schädlich erklären und nur noch die an der Debatte theilnehmenden Polizeivertreter eine Lanze für das herrschende System einlegen, gehen darüber, was an Stelle der heutigen Reglementirung zu setzen sei, die Ansichten weit auseinander. In der lebhaften, die Aufmerksamkeit des Congresses 6 Stunden lang fesselnden Discussion, an welcher sich die Vertreter der verschiedenen Richtungen betheiligten, wurden weit auseinander gehende Vorschläge gemacht. Die Mehrzahl der

Redner ist jedoch der Meinung, dass man nicht, wie die Vertreterin des Abolitionismus, Fräulein Pappritz forderte, jeglicher Reglementirung entrathen und an deren Stelle mit einem System freiwilliger Hilfe auskommen könne, vielmehr glauben sie, dass es möglich sei, die heutige Reglementirung entweder in umfassender Weise zu reformiren und umzugestalten oder doch an deren Stelle ähnliche Ueberwachungssysteme zu setzen. Neisser schlägt als ein solches Ueberwachungssystem eine besondere Sanitätscommission vor, zusammengesetzt, wie ein Schöffengericht, aus Richtern, Aerzten, Verwaltungsbeamten u. s. w., welche die Personen, die im Verdacht stehen, Prostitution zu treiben oder eine venerische Erkrankung durch ausserehelichen Geschlechtsverkehr weiter zu verbreiten, nicht nur über die Gefahren dieser Krankheiten belehren, sondern auch, sie geeigneten ärztlichen Instanzen zur Ueberwachung und Behandlung, andererseits aber im Falle von Renitenz der Polizeibehörde überweisen. Von manchen Seiten wird das Neisser'sche System für zu complizirt gehalten. Er selbst schlägt das Uebergangssystem vor, die jetzige sittenpolizeiliche Untersuchung zu decentralisiren und die Untersuchung und Behandlung der Prostituirten versuchsweise besonders legitimirten Aerzten und Anstalten zu überweisen; die Sittenpolizei solle nur dann eintreten, wenn die Einrichtung nicht genüge. In ähnlicher Weise räth Lesser, dass die aufgegriffenen Prostitutirten von der Polizei zunächst nicht eingeschrieben, sondern Behandlungsanstalten zur Ueberwachung überwiesen werden, dass diese Behandlungsanstalten aber der Polizei nachher keine Anzeige machen sollten. Personen, welche sich den Anordnungen dieser Anstalten freiwillig und regelmässig unterziehen, sollten frei von jeder sittenpolizeilichen Aufsicht bleiben, während für die Renitenten die Sittenpolizei im Hintergrunde als Schreckgespenst wirken solle. Die Vorbedingung für derartige Reformen, zu welcher sich auch andere Redner, wie Blaschko, Block-Hannover, Dr. Hammer-Stuttgart u. A. m. äussern, bildet jedoch die Aufhebung des § 361_6, oder mindestens seines zweiten Theiles (Strafbarkeit der Prostitution an sich). Besondere Beachtung verdient das Wiederaufwachen des Interesses für die Kasernirung der Prostitution, nicht in ihrer alten Form von geschlossenen Bordellen, sondern in der Form von sogen. Controllstrassen, wie sie sich nach der Angabe von Prof. C. Fränkel in Halle und Bremen ausserordentlich gut bewährt haben, ein System, welchem auch die sittlichen Schäden des alten Bordellenwesens nicht anhaften sollen.

Die Verhandlungen des Congresses, welche ausführlich demnächst in dem ersten Band der von dem Vorstand der Gesellschaft herausgegebenen „Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" erscheinen sollen, werden voraussichtlich den Ausgangspunkt tiefgreifender Reformen auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bilden; sie verdienen die Beachtung aller einsichtigen Hygieniker und Sozialreformer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Zur *Behandlung der chronischen Cystitis* wird ein neues Präparat empfohlen, das den Namen *Uriform* führt. Dasselbe verdankt seine antiseptischen Eigenschaften dem Freiwerden von Formaldehyd in den Harnwegen, wodurch ammoniacalische Harngährung verhindert und der Urin steril erhalten wird. Dem Präparate ist ferner Saw-palmetto mit seiner die Schleimhaut der Blase so günstig beeinflussenden Wirkung zugesellt, wodurch Schleimsecretion und Tenesmus vermindert werden. Die übrigen Bestandtheile des Uriforms (Damiana und Nux vomica) üben einen tonischen Effect auf das Nervensystem aus und tragen dazu bei, dass die erschlaffte Blasenschleimhaut wieder in ihren normalen Zustand übergeführt wird. Uriform ist gut bekömmlich und daher für eine längere Behandlungszeit bei chronischen Fällen wohl geeignet.

— *Aristochin gegen Keuchhusten.* S w o b o d a hat Aristochin bei Keuchhusten in 68 Fällen zur Anwendung gebracht und in einer grossen Anzahl derselben rasche Besserung und Heilung in einem Stadium eintreten sehen, in welchem dies spontan oder bei einer anderen Therapie nicht vorzukommen pflegt; ja in einem Falle, dessen Keuchhusten schon im catarrhalischen Stadium erkannt wurde, kam es gar nicht zum Stadium convulsivum, bei anderen Fällen war hingegen gar keine oder nur unwesentliche Besserung zu verzeichnen. S. verordnete Aristochin wie Chinin. Säuglingen dreimal so viel Centigram als das Kind Monate zählt, grösseren Kindern dreimal so viel Decigramm als das Kind Jahre zählt; bei Kindern im 11.—12. Monate wurde nie über 0,3, bei Kindern über 4 Jahre nur ausnahmsweise über 1,2 pro die hinausgegangen. Die Dauer der Behandlung währte gewöhnlich 9 Tage. Durch 3 Tage wurde die volle Tagesdosis gegeben, dann durch 6 Tage die Hälfte dieser Dosis. Die Tagesdosis wurde auf 4 Portionen vertheilt, von denen je eine unmittelbar nach einem Anfalle dem Kinde gereicht wurde. Aristochin wird am besten in Pulverform mit Pulvis Chocoladae gegeben oder auch in Schüttelmixtur, jedoch ohne saure Zusätze, weil sonst durch Lösung des Präparates der bittere Geschmack hervortritt. (Klin. Wochenschr., 1903, No. 10.)

— *Ueber die Anwendung des Eunatrols bei Cholelithiasis.* F. B l u m in Frankfurt hatte an Gallenfistelhunden gallentreibende Mittel erprobt und in erster Linie das ölsaure Natron wirksam gefunden; auf seine Anregung hin wurde das saure ölsaure Natron chemisch rein dargestellt und unter dem Namen *Eunatrol* in den Handel gebracht. B l u m sowohl wie Andere überzeugten sich von der exquisit gallentreibenden Wirkung dieses Mittels und empfehlen es warm. Nachdem C l e m m das in Pillenform hergestellte Eunatrol in einschlägigen Fällen erprobt hatte, suchte er die Seife in Lösung zu geben, um dem Patienten das Schlucken der vielen grossen Kugeln zu ersparen, und verwendete als Geschmackscorrigens die Ananasessenz, indem er 20 Tropfen hiervon einer Emulsion von 10 Eunatrol und 5 Baldriantinctur in 150 Pfefferminzwasser zusetzte. Er erhielt dadurch eine Arznei, die leidlich gut zu nehmen war und keineswegs den Magen angriff. Vorzüglich, doch wesentlich theurer ist die Mixtur bei Zusatz von Validol statt Baldrian.

In allen Fällen, die den geringsten Verdacht auf Gallensteine darbieten, regelt Clemm die Diät und lässt noch systematisches Tiefathmen und sonstige Zwerchfellgymnastik bezw. Erleichterung der Zwerchfellathmung vornehmen. Die Cur gegen die festgestellte Krankheit hat — ausser Trinkcur, Cataplasmen etc. — alsdann zunächst die Gabe von drei Esslöffeln Eunatrolmixtur ins Auge zu fassen, und zwar so, dass Abends vor dem Schlafengehen und Morgens nüchtern je ein Esslöffel genommen, während der dritte zur Mittagszeit gegeben wird; der letztere bleibt, sobald Nachlass der Erscheinungen zu bemerken ist, weg. Abends und Morgens werde noch 4 bis 6 Wochen lang je ein Esslöffel voll genommen, während der Abendlöffel mindestens drei Monate lang zu gebrauchen ist. Auch hartnäckige Fälle werden dieser Cur weichen. Clemm hält alle Fälle von reiner Cholelithiasis auf diese Weise für heilbar. (Therap. Monatsh., April 1902.)

— Ueber *Dionin* bringt die „Psychiatr. neur. Wochenschr." June 1902 ein Sammelreferat, aus dem sich ergiebt, dass die allgemeine Verwendung des Dionins als Ersatzmittel des Morphins zu empfehlen ist; es leistet als Analgeticum (weniger als Narcoticum) in der Mehrzahl der Fälle alles, was man erwarten darf. Wo es versagt, wird man nach wie vor zu dem stärker wirkenden Morphium greifen müssen. Da Dionin die Reizbarkeit der Luftwege herabzusetzen vermag, ohne die Athemthätigkeit zu beschränken, und da es die Expectoration begünstigt, ist es bei allen mit Reiz einhergehenden Erkrankungen der Respirationsorgane anzuwenden. Dionin wird ordinirt in der Regel in Dosen von 0,01—0,04 g.

Bei Erkrankungen des Auges empfiehlt sich die Anwendung des Dionins: 1. in allen Fällen, in denen man die heftigen Schmerzen lindern will, auf welche die bekannten localen anästhesirenden Mittel ohne Wirkung sind, so bei Keratitis, Iritis, Iridocyclitis, Glaucom u. a.; 2. in allen Fällen, in denen die Ernährung der Gewebe unterstützt, die Resorption von Exsudaten und Entzündungsproducten befördert werden soll, und 3. in denen man eine sichere Atropinwirkung erzielen will.

Ob man Dionin bei der Wundbehandlung, besonders bei Staroperationen anwenden soll, ferner ob dem Präparat antiseptische Wirkung zukommt, um diese Fragen entscheiden zu können, werden noch mehr Beobachtungen nöthig sein.

Dionin wird ordinirt als Augentropfen in 2—5proz. wässeriger Lösung; als Pulver angewendet, bringt man etwa eine kleine Messerspitze voll ins Auge. Wolffberg empfiehlt folgende Medication: Rc.: Dion. 0,25, Ol. cacao 1,0. Fiat massa, e qua form. bacilli Nr. 10. S. täglich ein bis mehrere Stäbchen ins Auge zu bringen. Dr. J. Jänner (poliklin. Abtheilung für Augenkranke in Wien (Allg. med. Ztg. 35-1902) bezeichnet das Dionin als „ein lymphtreibendes, die Hornhautentzündung herabsetzendes, schmerzstillendes, also Anästhesie und Analgie erzeugendes Mittel, welches durch seine lymphtreibende Wirkung pathogene Producte rasch zur Resorption bringt und dessen Anwendung speciell bei Keratitiden und Iritiden von ausgezeichnetem Erfolge begleitet ist." (Deutsche Praxis, 1903, No. 1.)

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, Mai 1903. No. 5.

ORIGINALARBEITEN.

Rückblicke auf den 14. Internationalen Medicinischen Congress.

Von Dr. W. Freudenthal, New York.

Das Ereigniss, welches für die gesammte ärztliche Welt immer eine gewisse Bedeutung hat, nahte wiederum heran und es wurden bereits im vorigen Jahre Einladungen an alle Aerzte („regulärer", homoeopathischer und sonstiger Abstammung), sowie an Zahn-, Veterinärärzte und Apotheker ausgesandt, um den 14. Internationalen Medicinischen Congress in Madrid — was zunächst die Anzahl der Besucher betrifft — zu einem günstigen zu gestalten. Wenn wir auch die gute Absicht nicht verkennen dürfen, so ist es aber doch Jedem einleuchtend, dass es nicht die Massen sind, die einen Congress ausmachen und dass durch die Herbeiziehung aller möglichen verwandten Specialitäten (Veterinär-, Zahnärzte und Apotheker) die Anzahl der sog. „Congressbummler" vermehrt, dass aber der wissenschaftlichen Forschung dadurch nur Abbruch geleistet wird. Genau das geschah in Madrid.

Wenn Jemand vom Hudson oder gar Mississippi bis an den seichten Strand des Manzanares wandert, so hat er eine moralische Berechtigung für die Verluste an Zeit und Geld entschädigt zu werden. Wenn ihm aber auf Schritt und Tritt der Weg durch kaum zum Congress gehörige Herren verlegt wird, oder wenn, wie das in der Inneren Section thatsächlich vorkam, ein einzelner College, dazu noch Spanier, an einem Vormittage drei

Vorträge hinter einander hält, so ist das nicht nur unhöflich, sondern auch ungerecht zu nennen. Wir können nicht umhin, bei dieser Gelegenheit an den Internationalen Congress in Berlin zu denken, wo die deutschen Collegen fast ausschliesslich ihre Vorträge erst hielten, nachdem die auswärtigen zu Worte gekommen waren. Nebenbei möchte aber Schreiber dieser Zeilen bemerken, dass er selbst von den spanischen Collegen seiner Section in der liebenswürdigsten und zuvorkommendsten Weise empfangen und geehrt wurde. Aus anderen Sectionen hörte man aber leider mancherlei berechtigte Klagen.

Dass die Vorbereitungen für den Congress vollständig unzulänglich waren, haben die Leser dieser Zeilen wahrscheinlich schon gehört. In Wirklichkeit verriethen diese Vorbereitungen eine Naivität, wie man sie bei erwachsenen Menschen kaum erwarten sollte. So hatte sich, um nur Einiges zu erwähnen, der Vorstand des Congresses von einer kleinen Anzahl von Kaufleuten, die das Bureau des Logements bildeten und an deren Spitze der Spanier Ulrico Frey stand, in einer geradezu lächerlichen Weise dupiren lassen. Die Ankündigung, dass die Congressisten sich gar nicht um ihre Wohnung, ihr Gepäck, um Trinkgelder u. s. w. zu bekümmern brauchten, klang recht verlockend und freudig sandte Jeder seine 60 Pesetas an das Comité, um sich alle diese Vortheile zu sichern. Aber es kam anders. Als wir nach einer 19stündigen äusserst beschwerlichen Fahrt von Granada in Madrid anlangten und uns auf dem Bureau meldeten, verlangte man sofort weitere 300 Pesetas von uns. Als ich den Herren bedeutete, dass ich darauf gar nicht vorbereitet wäre und kein spanisches Geld bei mir hätte, nahm man mir alles französische Geld, das ich zufällig bei mir hatte, ab und ich bekam meine Nummer. So kam ich denn glücklich in mein — verzeihen Sie das Wort — Hotel an. Don Cayetano...., der edle Besitzer dieses — Hotels, empfing uns mit der nie fehlenden Cigarette im Munde und bekleidet mit einem Anzuge, den unsere aseptische Chirurgie entschieden ablehnen müsste. Ueberhaupt sind die Begriffe von Sauberkeit in den meisten Hotels derartige, dass für die allernothwendigsten Vorkommnisse des menschlichen Haushalts die merkwürdigsten Einrichtungen getroffen sind. Beschreiben lässt sich so etwas nicht. Das muss man sehen.

Am Nachmittage des ersten Tages fand die feierliche Eröff-

nung des Congresses statt, die sehr zahlreich besucht war und durch die Anwesenheit des königlichen Hofes einen imposanten Eindruck hervorrief. Am nächsten Tage sollte die eigentliche Arbeit in den Sectionen beginnen, aber Niemand wusste, wo dieselben eigentlich tagen würden. Wir gingen also auf's Gerathewohl in das allgemeine Versammlungslokal und fanden dann auch glücklich die Sectionszimmer. Die Arrangements, die in dieser Hinsicht gemacht worden waren — scheinbar über Nacht — können nicht scharf genug getadelt werden. Man denke sich in einem Museum eine Reihe neben einander gelegener Zimmer, die zuweilen durch eine halbe Bretterwand, oft aber gar nicht von einander getrennt waren, und in solchen Räumlichkeiten mussten wir tagen. So war es häufig selbst für ganz nahe Sitzende unmöglich, den Redner zu hören, wenn zugleich in dem Nebenzimmer gesprochen wurde. Am Schlimmsten war es in dieser Beziehung in der Inneren Section, durch deren Saal sich beständig ein Menschenstrom hin und her bewegte, bestehend aus solchen Herren, die entweder in andere Sectionen gingen oder von dort kamen, wobei sie stets diesen Saal passiren mussten.

Dass etwas Derartiges möglich war, ist unerhört und solch eine einfältige Einrichtung allein ist schon im Stande, den Erfolg eines jeden Congresses in Frage zu stellen. Wenn es nicht möglich ist, den Ausführungen eines Vortragenden oder einer Discussion zu folgen, indem man beständig durch Sprechen im Nebenzimmer oder anderen Lärm gestört wird, ja, wozu geht man da eigentlich zum Congress? Ich gebe zu, dass der private Ideenaustausch sehr vieles für sich hat, und dass es ein Vergnügen ist, die Herren, mit denen man sich zu Hause wissenschaftlich beschäftigt, persönlich kennen zu lernen, aber die Hauptsache bleibt doch die Arbeit in den Sectionen und davon hängt der Erfolg des Congresses immer ab. Es ist schwierig genug, bei dem Sprachengewirre auf dem Congress einer Discussion zu folgen, aber man muss diese Schwierigkeit nicht noch zu erhöhen versuchen. Dass nicht einmal ein Versuch gemacht wurde, eine Ausstellung von Instrumenten, Apparaten zur Krankenpflege etc. zu veranstalten, ist ein trauriger Beweis für die Thätigkeit der Madrider Collegen.

Ueber den wissenschaftlichen Nutzen des Congresses im Allgemeinen zu urtheilen, ist jetzt noch nicht möglich und wir über-

lassen dies getrost der nahen Zukunft. In unserer eigenen Section (der laryngologischen) wurde gut gearbeitet und es betheiligten sich an den Sitzungen derselben hervorragende Collegen vieler Länder, unter Anderen v. Schroetter und Politzer-Wien, Albert Rosenberg-Berlin, Schmiegelow-Copenhagen, Gradenigo-Turin, Moure-Bordeaux, L. Fischer-New York, Castex-Paris, Beliaeff-Moskau und viele andere, namentlich französische und spanische Collegen. Die Leiter der laryngologischen und otologischen Sectionen, besonders die Herren Uruñuela, Forns, Cisneros und Tapia versuchten ihr Möglichstes, um es den Collegen in jeder Weise angenehm zu machen. Ihre Bestrebungen verdienen unsere volle Anerkennung, trotzdem auch sie durch die allgemeine Kopflosigkeit sehr behindert wurden.

Von den veranstalteten Vergnügungen seien noch erwähnt der Empfang in dem mit wunderbaren Kunstschätzen reichlich gefüllten Königlichen Palais und im „Garten", die beide sehr gut verliefen. Die wunderbaren Gemälde im Prado, in der San Francisco Cathedrale, die Kunstwerke des Escorial waren Genüsse, die einzig in ihrer Art dastehen und um deretwillen allein sich schon ein Ausflug nach Spanien lohnt. Leider können wir nicht näher auf diesen interessanten Gegenstand eingehen, sondern müssen uns beeilen, um unserem verehrten „Hotel"wirth Don Cayetano Adieu zu sagen. Zu unserer nicht geringen Verwunderung erklärte uns aber dieser edle Herr, dass er uns nicht könne ziehen lassen, bis er sein Geld erhalten hätte. Im Comité hätte man ihm erklärt, es wäre kein Geld in der Kasse und er müsse warten . . . (ad meliora? ?). Dass wir schon einmal bezahlt hätten, glaube er sehr gerne, aber er habe kein Zutrauen zu den Herren an der Kasse. So komisch uns die Sache jetzt auch erscheinen mag, so war sie mir doch kurz vor Abgang des Zuges sehr unangenehm und ich wusste mir nicht anders zu helfen, als zu dem in der Nähe wohnenden Collegen Prof. Forns zu gehen und ihm den Vorgang zu erzählen. Dieser war höchst entrüstet über solche Vorkommnisse und kam sofort mit seinem Assistenten in meine Wohnung. Er garantirte für den vollen Betrag und ruhte nicht eher, als bis er uns auf den Bahnhof gebracht hatte und uns alle im Zuge sah. Mein Dank sei ihm auch an dieser Stelle ausgesprochen. So ging es fort von Spanien und

über die Pyrenäen zurück zu den adoptirten Penaten dieses grossen Landes.

Wenn ich auch gestehen muss, dass der Congress für Manche eine Enttäuschung war, so bot doch die Reise durch Spanien, die ich Jedem empfehlen möchte, so viel des Interessanten und Sehenswerthen, dass ich es nicht einen Moment bedauert habe, dieselbe unternommen zu haben. Ausserdem sind die spanischen Collegen von einer Liebenswürdigkeit, wie man sie selten findet. Dies gilt nicht nur von denen in Madrid, sondern auch von denen im ganzen Lande, wo auch immer wir Gelegenheit hatten, dieselben kennen zu lernen.

Und nun noch eins. Ich habe im obigen manche persönliche Erlebnisse erzählt, aber da Vielen ähnliches begegnete, so dürfte das vielleicht den Leitern des nächsten Congresses als eine Warnung dienen. Ja, es drängt sich uns sogar die Frage auf, ob es nicht gerathen wäre, ein permanentes Comité zu creiren, das alle solche Congresse vorbereitet, d. h. natürlich nur den geschäftlichen Theil, wie z. B. Reise, Wohnung, Ausflüge u. s. w.

Aber der Erfolg eines Congresses hängt nicht allein von den jeweiligen Leitern desselben ab, sondern, um ihn zu einem internationalen zu machen, muss er von den ad hoc ernannten National-Comités thatkräftig unterstützt werden. Es scheint mir, als ob hierbei sehr viel gesündigt wurde. So hatten wir hier in den Vereinigten Staaten auch ein National-Comité, bestehend aus 22 Mitgliedern. Fragen wir aber einmal, was hat denn dieses Comité eigentlich für uns oder für den Congress gethan, so müssen wir leider gestehen, dass wir von dessen Thätigkeit absolut nichts gemerkt haben. Der Präsident desselben war zu allgemeinem Bedauern durch Krankheit verhindert, die Reise mitzumachen. Von dem Secretär las man in allen medicinischen Zeitungen, dass er Anmeldungen für den Congress, Geldbeiträge etc. hierfür in Empfang nehmen würde. Als wir uns aber deswegen an ihn wandten, meinte er, es wäre doch besser das Geld selbst nach Madrid zu senden. So schickten wir also zuerst unseren Beitrag und dann später noch ein Mal die Anzahlung für ein Logis nach Madrid. Alles dies ist bei den Verkehrsverhältnissen mit Spanien immer umständlich. In Spanien selbst wusste der Herr weniger Bescheid, als die meisten anderen und durch seine vollkommene Unkenntniss der Landessprache hatte er ebenso viel Mühe oder

mehr, sich bis nach Madrid durchzuarbeiten, als wir Uebrigen. Von den anderen 20 Mitgliedern des National-Comités (ich spreche nicht von den Delegaten!) sah ich Niemanden.

In Zukunft wird es also geboten sein, dass die National-Comités sich in directere Verbindung setzen mit dem Congressvorstande, dass sie selbst über die meisten vorkommenden Fragen orientirt sind, um ihren Landsleuten die Fahrt nach dem Congresse in jeder Weise zu erleichtern, und nicht, wie es hier zuweilen geschah, sogar erschweren. Vor Allem aber sollte immer mindestens ein Herr im Comité sein, der das Land und die Sprache des Congresses kennt. Erst dann werden wir wieder von einem wirklichen internationalen Congress reden können.

Neue Bestrebungen in der Therapie.*)

Von Prof. Bouchard (Paris), Mitglied der Academie der Wissenschaften.

Mit Genehmigung des Verfassers übersetzt von Dr. Karl Gumpertz.

Es ist schon dagewesen, dass ein geheilter Kranker seine Heilung dem Arzte zuschreibt. Dagegen wird selten ein unterrichteter Arzt sich als den Heilkünstler betrachten.

Es ist auch selten, dass er gar nicht nützlich war; er hat getröstet, er hat die Processe begünstigt, welche natürlicherweise die Heilung herbeiführen. Er hat die möglichen Catastrophen entfernt; er hat den Kranken erhalten und ihm so Zeit und Kraft gegeben, von selbst gesund zu werden. Er hat nicht die heilenden Handlungen ausgeführt. Diese Handlungen verrichtet der Organismus Schritt für Schritt während der einander folgenden Phasen der Krankheit. Die Natur verfolgt sie bis zur Rückkehr der Gesundheit: Die natura medicatrix!

Die spontane Heilung ist die Regel wenigstens bei acuten Krankheiten; diese werden aber chronisch, weil sie nicht die na-

*) Deutsche Med. Presse, 1903, No. 4. Nach einem Vortrage auf dem medicinischen Congresse in Cairo. Publicirt in „La presse médicale" und „Gaz. méd. de Paris 1903, No. 1 u. 2.

türliche Tendenz zur Heilung besitzen. Also hier ist ärztliche Intervention nothwendig, und hier zeigt sich die Kunst in ihrer Würde und in ihrer Macht.

Was bedeutet also die Therapie, wenn sie nicht heilt? Was war sie, wenn sie glaubte heilend zu wirken? Einerseits beschränkte oder unterdrückte sie die schmerzhaften oder gefährlichen Symptome, sie war palliativ — im anderen Falle begünstigte sie die Naturvorgänge, welche spontan zur Heilung führen; sie zielte auf den gegen die Krankheitsursache reagirenden Organismus; sie war eine exspectative oder Naturtherapie.

So war die medicinale Therapie; so häufig genug auch die chirurgische. Wenn die Chirurgie die Wundränder einander näherte, beförderte sie die Schnelligkeit des natürlichen Heilungsprocesses und setzte günstigere Bedingungen zur Erhaltung der Formen und Functionen; aber wenn sie nicht intervenirte, geschah gleichwohl die Vernarbung, nur durch einen länger dauernden und weniger günstigen Naturvorgang unter Bildung eines neuen die Lücke füllenden Gewebes. Wenn der Chirurg eine Fractur oder Luxation einrichtet, heilt er nicht; aber er bringt die verletzten Partien in gute Lage, und die Natur besorgt den Rest; sie führt durch einen Naturvorgang, auf den wir keinen Einfluss haben, die Vereinigung der gebrochenen oder gerissenen Theile herbei. Auch wenn der Verletzte ohne chirurgische Hilfe bleibt, handelt gleichwohl die Natur; die Vereinigung tritt ein und fixirt die Theile endgiltig in fehlerhafter Stellung.

In diesen Fällen ist sicherlich das Eintreten des Arztes von Nutzen; es verhindert die Natur, den Kranken schlecht zu heilen.

Die Chirurgie that besseres: eine Wunde wird grangraenös; es hatte sich örtlich ein Ding entwickelt, das die Gewebe zerstörte und den übrigen Körperhaushalt beeinflusste, Fieber und Delirium erzeugte. Der Chirurg zerstörte durch Feuer die erkrankte Partie und mit ihr das, was das Uebel hervorgebracht hatte, jenes etwas, das Jahrhunderte lang unbekannt war und das man heute kennt. Nach Hebung der Ursache war die Krankheit geheilt; der Kranke blieb nur ein Verwundeter. Dann kam wieder die natura medicatrix und deckte den Substanzverlust.

Das war eine heilende Therapie gewesen, weil sie die Ursache bekämpft und zwar da bekämpft hatte, wo sie angriff, wo sie das Uebel erzeugte.

Auch die innere Medicin führte gelegentlich eine heilende Therapie aus, z. B. bei den Vergiftungen, indem sie den Inhalt des Verdauungstractus entleerte und so durch einen örtlichen Eingriff die Krankheitsursache unterdrückte.

Ebenso suchte sie bei gewissen höchst beharrlichen Leiden des behaarten Kopfes — nachdem die Unwirksamkeit der Tonica, Depurantia und Alterantia erkannt war — in Vermuthung einer localen Ursache diese zu entfernen und verwendete gewisse haftende Salben, die bei jedem Recidiv die Haare ausrissen, und heilte so den Grind —, bevor man den ihn erzeugenden Pilz entdeckt hatte.

Ich könnte noch andere Beispiele nennen, bei denen die medicamentöse Therapie heilend wirkte, weil sie eine örtliche Ursache örtlich bekämpfte.

Abgesehen von diesen Fällen trat sie meist als allgemeine Therapie auf.

Aber um diese Differenzirung kümmerte sich die Medicin nur wenig. Vor allem Philosophiren hiess es den Leidenden oder in Lebensgefahr Befindlichen zu helfen und wo Palliative oder Beförderer der natürlichen Heilung fehlen, schöpfte man aus der Fülle der Heilmittel, deren Wirkungsweise man nicht kennt, deren Erfolge aber durch zufällige Beobachtungen oder Experimente sich ergeben hatten.

Das war Empirie. Aber die Empirie hat uns das Opium gegeben, welches nicht oft heilt, aber fast immer tröstet. Ueberdies verdanken wird der Empirie fast alle Medicamente, unter ihnen auch das Chinin, Mercur, Jod, Arsenik, Colchicum, Salicyl — alles Mittel, deren Heilerfolge ein glücklicher Zufall angezeigt hat.

Jedes dieser Mittel heilt eine specielle Krankheit und fast ausschliesslich diese. Es heilte, ohne dass man wusste, oder ahnte, wieso. Von den meisten kennen wir heute das Geheimniss ihrer Wirkung; sie beeinflussen den Krankheitserreger und zwar durch Allgemeinwirkung. Merkwürdigerweise nehmen wir diese Ursachen, welche den specifischen Mitteln nicht standhalten, mehr an als wir sie kennen. Wir kennen die Erreger des Sumpffiebers und der „Aktinomycose", aber wir streiten noch über die des Rheumatismus, und wir haben den Syphiliserreger weder gesehen noch gezüchtet. Also während die Medicin nur Ursachen ahnte,

hat sie ihre Heilmittel entdeckt; seit wir Erreger kennen oder annehmen, haben wir keine weiteren Specifica gefunden. Solche auffallenden Widersprüche bietet die Geschichte der Wissenschaften.

Ich bin im Irrthum. Wir haben die Sera, jene neue und glänzende Eroberung des eben verflossenen Jahrhunderts, die Sera, welche den Typus specifischer Mittel darstellen. Mit ihrer Hülfe hat sich die Zahl der Krankheiten vermehrt, gegen die wir ein wirklich heilendes Verfahren einschlagen können.

Mit Ausnahme des Colchicums, dessen Wirkungsweise noch dunkel ist, üben genannte Specifica mit Einschluss der Sera ihre Heilwirkung aus bei Krankheiten, welche sicherlich durch lebende Organismen — Parasiten — erzeugt sind. — Eine Ausnahme ist noch zu machen für die von thierischen und einigen Pflanzengiften hervorgerufenen Krankheiten.

Alle diese Mittel sind antiseptisch in verschiedenen Graden; die Sera gleichweise. Aber einige therapeutische Sera haben noch eine andere Wirkung, welche ihre Rolle in der Bactericidie überwiegt. Sie sind Antitoxica, sie neutralisiren die Bacteriengifte, versetzen die thierischen Zellen in den Stand, sie zu überwinden. Nichts beweist, dass andere Specifica als die Sera nicht auch neben ihrer Bactericidie eine antitoxische Wirkung entfalten. Ich erinnere an die Funde von P a t e l l a, der nach Injection von Quecksilbersalzen ins Blut eine polynucleäre Leucocytose auftreten sah. Wenn Leucocyten in grösserer Menge ins Blut eindringen, so ist es leicht begreiflich, dass sie dort, in ausgedehnterer Weise, ihre natürliche Function erfüllen, d. h. sich der Microben bemächtigen oder Fermente absondern, die einen Schutz für den Organismus bilden. Jedenfalls beeinflussen diese allgemein wirkenden Specifica die Infection, entweder direct durch ihre bactericide Thätigkeit oder indirect, indem sie Processe hervorrufen, mittelst derer der Organismus die Microben angreift oder sich ihrer erwehrt.

Ich habe folgende Idee gehabt. Wenn bei örtlichen Krankheiten sowie bei Allgemeinleiden, die sich localisiren, eine allgemeine Medication eine specifische Heilwirkung ausübt, so könnte man die Anwendung des Mittels ausschliesslich auf das afficirte Gewebe beschränken; man könnte das Medicament in die erkrankte Partie injiciren, welches im Organismus verbreitet, sich wirksam erwies.

Bei acutem Gelenkrheumatismus schluckt ein 60 kg schwerer Mensch täglich 6 g Natrium salicylicum, und sieht seine Gelenkschwellung gleichzeitig oder allmählig schwinden. Man hat täglich 10 Centigramm des Mittels jedem Kilogramm seines Körpers zugeführt, jedem Kilogramm gesunder wie kranker Substanz. Wenn in einem Gelenke — ich spreche hier nur von grossen Gelenken — die Weichtheile, die ja die Angriffspunkte der Krankheit darstellen, 50 bis 100 g wiegen, so ist die Heilung jeder örtlichen Affection auf eine Dosis von je 5 bis 10 mg zurückzuführen.

Sollte das Experiment diese Annahme bestätigen, so würde jemandem bei rheumatischer Arthritis eines Gelenks täglich 6 g salicylsaures Natron verabreichen bedeuten, man führt dem kranken Gelenke täglich die nothwendige und ausreichende Dosis von 1 cg zu und jagt in den übrigen Körper 599 cg einer Substanz, die er nicht braucht, und die sicher unnütz, vielleicht nicht unschädlich wäre.

Thatsächlich weicht eine acute rheumatische Arthritis bei Injectionen auffallend kleiner Quantitäten von salicylsaurem Natron. Ich behaupte nicht mit 1 cg geheilt zu haben, aber ich habe Arthritiden durch 3 cg geradezu coupirt gesehen, und nur ausnahmsweise wird das Gelenkleiden durch 10 bis 20 cg gelöst in 2 bis 4 ccm Wasser nicht beseitigt.

Man glaube nicht, dass es sich um Ableitung handelt, wie es der Fall sein könnte, wenn man destillirtes Wasser einspritzt; bei diesem Gehalte ist die Lösung nicht schmerzhaft. Man glaube ferner nicht, dass es sich um wässerige Lösung handle, wie bei Injection concentrirter Salzlösungen.

Die Heilung tritt ein, gleichviel, ob man dafür sorgt, dass die Lösung gänzlich isotonisch, ob sie gleicher osmotischer Spannung sei wie das Blut, oder ob sie bei 0,56 gefriert, wie dies der Fall bei 3procentigen Lösungen von Natrium salicylicum.

Ich habe bereits einige der Thatsachen mitgetheilt*), auf die sich meine Ueberzeugung stützt.

Ein an Rheumatismus ausschliesslich des Kniees mit Neigung zum Chronischwerden erkrankter Mann war seit zwei Monaten im Bette gehalten worden; in sechs Wochen war er weder einer

*) Comptes rendus de l'Academie des Sciences. 7. Juli 1902.

localen, noch allgemeinen Behandlung von mir unterzogen worden. 20 Centigramm Na. salicyl. in einer einzigen Sitzung injicirt, ermöglichten ihm, am selben Tage aufzustehen. Am folgenden Tage war er geheilt.

Dann kam eine ganze Reihe acuter Polyarthritiden, theils fiebernder, theils fieberloser, bei denen ich nach 5, 10, 20 centigr. des Medicamentes Röthe, Schmerz, Erguss und Kraftlosigkeit schwinden sah; der günstige Erfolg trat nur an dem behandelten Gelenke auf, die anderen veränderten sich nicht; sie erfahren nicht, was neben ihnen geschehen und was daraus folgt. Es können sogar neue Arthritiden auftreten; sie beeinflussen das geheilte Gelenk ebensowenig, wie sie von ihm beeinflusst werden. Man heilt nach Wahl ein Gelenk; die übrigen bleiben krank oder können krank werden. Hierdurch wird bewiesen, dass die kleinen örtlich injicirten Dosen keine Allgemeinwirkung ausüben und dass die örtliche Heilung nicht durch Allgemeinwirkung auf das Blut zu Stande kommt. Ebenso wird hierdurch bewiesen, dass, da wo die Allgemeinbehandlung sich wirksam zeigt, jedes so ergriffene Gelenk nicht heilt durch die Gesammtmasse des im ganzen Organismus verbreiteten Medicaments, sondern durch den sehr kleinen Theil, welcher gerade diesem Gelenke zugeflossen ist.

Die Heilungen durch örtliche Injection minimaler Dosen sind häufig bleibende, bisweilen ungewisse; aber nichts hindert uns, die örtliche Behandlung fortzuführen oder wieder aufzunehmen, ebenso wie nichts hindert, mehrere Gelenke gleichzeitig oder successive zu behandeln.

Ueberall wo bei acutem oder unregelmässig auftretendem Gelenkrheumatismus die örtliche Behandlung wirksam ist, darf sie nicht als ausreichend erachtet werden. Zweifelsohne führt sie zu Abfall des Fiebers, wenn es sich um ein einzelnes Gelenk handelt, aber sie hindert nicht die Entwickelung weiterer Arthritiden noch das Ergriffenwerden der grossen Serosae. In solchen Fällen ist Allgemeinbehandlung nothwendig; falls sie sich als unzureichend erweist, wird ihr die Localbehandlung zu Hilfe kommen.

Wenn der Rheumatismus nicht mehr zunimmt, wenn er als Allgemeinkrankheit nicht mehr besteht und nur einige Reste hinterlassen oder wenn er von Anfang an nur örtlich auftritt: dann wird die Localbehandlung als ausreichend erachtet werden können.

Sie ist selbst nicht erfolglos bei chronischen Formen, wo ihre Heilwirkung mit einer alle Erwartungen übertreffenden Schnelligkeit eintritt; aber man muss sie beharrlich fortsetzen, wenn man zu dauernder functioneller Besserung gelangen will.

Natürlich spreche ich nur von echtem Rheumatismus und nicht von infectiösem Pseudo-Rheumatismus, vornehmlich dem gonorrhoischen, der übrigens auch von der localen Salicylbehandlung Nutzen zieht, zum mindesten hinsichtlich der Schmerzhaftigkeit.

Mehrmals hat Injection in die schmerzende Thoraxwand eine beginnende Pleuritis aufgehalten oder zurückgehen lassen.

Selbst bei der rheumatischen Pericarditis habe ich nach Injection von 10 ccm das Fieber von 39° auf 37,6° fallen sehen. Man nahm eine zweite Injection vor und nach drei Tagen war das Reiben verschwunden.

Bei der Endocarditis habe ich Schiffbruch gelitten. Ich bin weniger glücklich gewesen als Moritz Benedikt*), welcher mir auf diesem Wege vorangegeangen ist und Injectionen zweiprocentiger Carbolsäure mit Erfolg angewendet hat bei Rheumatismus, Torticollis, Pianistenkrampf, bei syphilitischer Periostitis und der „durch Injection von Carbolsäure in die Herzgegend die schwersten Peri-, Endo- und Myocarditiden im Verlaufe des Gelenkrheumatismus heilen sah, ohne dass auch nur Spuren zurückblieben."

Ich habe aber mittels localer Salicylbehandlung Besserung und Heilung der schmerzhaften Muskelcontractur der Oberschenkel-Adductoren erzielt; ich suchte dort auf die Sehnensätze zu wirken. Ich habe auch etliche gute Resultate bei Ischias und der so schmerzhaften und hartnäckigen Gürtelrose erhalten. Ich injicirte weder in die Sehnen noch in die Nerven, sondern in die Nähe der kranken Gewebe.

Ebenso bringe ich bei Entzündungen der Gelenk- oder Eingeweide-Serosae das Medicament nicht in die geschlossenen Höhlen, sondern in das umgebende Gewebe in grösste Nähe der ergriffenen Theile oder in das kranke Gewebe selbst.

Die oben erwähnten Erfolge haben mich zu dem Gedanken geführt, von der Anwendung der localen Salicylmedication bei

*) Krankenpflege, Bd. 1. Heft 8, 1901, 2

anderen schmerzhaften Nervenaffectionen einen Vortheil zu erwarten. Ich habe so die blitzartigen Schmerzen der Tabiker zu behandeln versucht. Ich konnte keinen Erfolg verzeichnen; ebensowenig Prof. Déjerine, welcher auf meine Bitte die Methode geprüft hat. Wie das den echten Gelenkrheumatisums heilende Salicylsalz nur einen höchst zweifelhaften Einfluss auf die Tripper-Arthritis ausübt, so lässt auch seine bei muthmasslich' rheumatischen Neuritiden eintretende Wirksamkeit uns im Stiche bei den tabischen Neuralgieen, welchen ja gleichfalls eine specifische nicht rheumatische Aetiologie zukommt. Hier war es am Platze, nach einem anderen Specificum zu greifen. Ich verwendete Injection von dreiprocentiger Jodkaliumlösung; diesen Procentgehalt darf man nicht überschreiten, da sonst lebhafter Schmerz eintritt. Diese am Stamme des schmerzenden Nerven, bei seinem Austritt aus den Knochencanälen bezw. in der Gegend der abgehenden Aeste, vorgenommenen Injectionen haben Besserungen, selbst anhaltende Besserungen erzeugt; indessen kann man nur einen gewissen Grad erreichen, der Schmerz wird erträglich, aber er bleibt. Uebrigens spritzte ich nie mehr als zwei ccm, d. h. 0,06 g Jodkalium auf einmal.

Ich entschloss mich, zu dem Jodkali das Hydrargyrum bijodatum hinzuzufügen. Die Lösung enthielt auf 100 g Wasser 3 g Jodkalium und 0,01 g Hydrargyrum bijodatum. Injicirt wurden immer nur zwei ccm, also zwei Decimilligramm des Quecksilbersalzes. Ich habe mich also auf minimale Dosen beschränkt. So gelang es mir, sehr heftige und hartnäckige Schmerzen zu besiegen. Wie lange diese Besserung dauern wird, vermag ich noch nicht zu sagen.

Diese ersten Erfolge veranlassten mich, die örtliche Behandlung localisirter Syphilis ebenfalls mittelst minimaler Dosen specifischer Mittel zu versuchen. Leider fehlte mir Zeit und Gelegenheit, ebenso zahlreiche Belege wie für den Rheumatismus zu sammeln; ich will einfach alles sagen, was ich gesehen habe.

Ein Mann mit einem ulcerirten Gumma in der Weiche wurde erst einzeln, dann zusammen mit beiden Mitteln behandelt. Man hatte zuvor Einreibungen und subcutane Injectionen von Quecksilbersalzen an den üblichen Stellen, fern von dem Sitze der Geschwulst, vorgenommen.

Als sich die Allgemeinbehandlung wirkungslos erwies, gab ich

sie auf und entschloss mich, im Umkreis der Gummageschwulst Injectionen von Jodkaliumlösung — erst einen, später zwei ccm — zu machen. Nach Injection von drei bis sechs cg Jodkalium war die Geschwulst eingesunken und vernarbt.

Unter gleichen Umständen, d. h. nach Erfolglosigkeit und Aufgabe der Allgemeinbehandlung, verschwand eine andere Gummageschwulst nach drei Injectionen, also 0,06 g Jodkalium.

Ein anderer Kranker litt an Neuritis, welche nach meiner Meinung die gleiche Ursache hatte und von trophischen Ulcerationen begleitet war; hier erzielte ich Verschwinden der neuritischen Symptome und Vernarbung der Ulceration mittelst solcher Injectionen kleinster Dosen von Jodkalium; allerdings wurden die Injectionen etwas länger ausgedehnt.

Eine von schwerer Frühsyphilis betroffene Frau zeigte an verschiedenen Körperstellen tief ulcerirte Condylome. Ich behandelte sie allgemein mit den beiden Medicamenten, welche auf verschiedene Weise einverleibt wurden. Nach Verlauf eines Monats bestand absolute Intoleranz dafür, der Magen vertrug kein Jod mehr, die Injection von Hydrargyrum benzoicum, später cyanatum erzeugte Knoten von Nussgrösse. Es war keine Besserung bewirkt worden. Da sich die Allgemeinbehandlung wirkungslos und gefährlich erwies, so gab ich sie auf und versuchte einige Tumoren local zu behandeln mit Injection der oben angegebenen minimalen Dosen von Jodkali und Mercurbijodid. In drei Tagen war ein Condylom abgeheilt, in dessen Basis zweimal je zwei Decimilligramm Hydrargyrum bijodatum eingespritzt worden waren. Eine zweite Ulceration schwindet nach sechs Injectionen der gleichen Art. Während dieser Zeit wurden die anderen Condylome durch Allgemeinbehandlung nicht mehr beschränkt, ebenso nimmt die Schwäche zu, Haarausfall stellt sich wieder ein.

Aus diesem Falle geht hervor, was die Localbehandlung leistet und was man von ihr erwarten darf. Auch ohne Allgemeinbehandlung heilt sie, was diese Behandlung nicht geheilt hat; aber sie ist ohne Einwirkung auf das Allgemeinbefinden und vermag das Fortschreiten der nicht behandelten örtlichen Affectionen nicht zu hindern, auch nicht den Einfluss derselben auf den sich selbst überlassenen Krankheitsprocess.

Wie der ausgebildete Gelenkrheumatismus verlangt die fort-

schreitende Syphilis Allgemeinbehandlung, ja ich glaube, diese ist immer erforderlich. Aber man wird hoffentlich mit oder ohne Allgemeinbehandlung nur durch örtliche Behandlung im Stande sein, einer isolirten oder zurückgebliebenen Localisation Herr zu werden, und gewisse unangenehme, schmerzhafte oder gefährliche Localisationen schnell zurückbringen, wenn solche sich im Gesicht, auf der Zunge oder am Auge entwickeln. Vielleicht wird man auch so einmal die tiefen Läsionen der Syphilis erreichen können. Ich brauche wohl nicht zu sagen, welchen Weg man beschreiten muss, um diese Methode bei der Behandlung anderer Krankheiten anzuwenden.

Ich halte die örtliche Behandlung mittelst minimaler Dosen für erfolgreich. Welches ist der Modus ihrer Wirkung? Zunächst denkt man daran, sie könne die antiseptische Therapie ersetzen und örtlich mehr auf die Erreger der Krankheit wirken als auf die mit Erregern streitenden Körperzellen. Der erste Gedanke ist nicht immer schlecht; indessen diese Deutung der Thatsachen mag natürlich sein, fest steht sie nicht.

Man kann den Einwurf erheben, die Quantitäten des Medicaments seien zu gering, um antiseptisch zu wirken. 10 bis 20 cg salicylsaures Natron bedeuten sicherlich ein geringes Quantum antiseptischer Kraft, selbst wenn man sie den 10 bis 20 g lebender Materie genähert denkt, welche bei der Arthritis rheumaitica den Sitz des pathologischen Processes darstellen. Das sind immerhin Proportionen von 10 bis 20 auf 1000 und man darf dieses Verhältniss nicht für hinreichend ansehen, um den Krankheitserzeuger des Rheumatismus zu beeinflussen, selbst wenn er mehr als jeder andere Microorganisums gegen jenes Salz empfindlich wäre, das gerade diesem Umstande seine Rolle als Specificum des Rheumatismus verdanken müsste. Die Dosen von zwei Decimilligramm Mercurbijodid bei einem kleinen Condylom können ein Verhältniss von fünf bis zehn Centigramm Quecksilbersalz pro Kilogramm kranker Substanz bedeuten. Dieser Procentsatz gilt bei den meisten Microben als hinreichend zu antiseptischer Wirkung und ist weit höher als die zur Hemmung der Aspergillus-Vegetation erforderliche Menge Argentum.

Man wird vielleicht wieder mit dem alten Einwande kommen: Antisepsis sei unmöglich, weil die zur Tödtung eines Microorganismus erforderliche Giftmenge viel sicherer einer Nervenzelle

den Tod bringe. Unser Einwurf entbehrt nicht eines Scheines von Berechtigung, wenn man ihn auf die generelle Antisepsis bezieht, die das Medicament über alle Gewebe gleichmässig verbreitet; dagegen trifft er nicht die örtliche Antisepsis. Wenn man 5 g Chininum sulfuricum im ganzen Organismus eines 50 kg wiegenden Menschen verbreitet, würde er in jedes kg Körper, also auch in ein kg Nervensubstanz ein Decigramm des Mittels aufnehmen; das könnte hinreichen, um den Tod herbeizuführen. Aber man darf die gleiche Substanz im Verhältniss von 200 zu 1000, einem 2000mal stärkeren Procentsatze, dem Zellgewebe einverleiben, ohne die Elemente dieses Gewebes zu verändern, selbst ohne sie zu gefährden. Die örtliche Therapie erlaubt also, eben weil sie örtlich ist, das Medicament dem erkrankten Theile zuzuführen, in einer Stärke, welche antiseptische Wirkung zulässt, ohne dass durch Weiterverbreitung im Organismus ein toxischer Effect erzielt werden kann.

Sagen wir also, die in meinen Versuchen localer Therapie mittelst minimaler Dosen erzielten Heilerfolge lassen sich durch antiseptische Wirkung erklären; es ist indessen nicht unmöglich, dass auch dem Naturprocesse, durch welche der thierische Organismus die Infection bekämpft, auf dem geschilderten Wege Vorschub geleistet wird.

Die Methode medicamentöser Injectionen in kleinsten Dosen ist den zahlreichen Versuchen an die Seite zu stellen, bei denen man mit chirurgischen Eingriffen der inneren Medicin zu Hilfe kommt und so die örtliche Heilung der Krankheiten ins Werk setzt.

Ich habe das schon oben erwähnt anlässlich der Behandlung chronischer Hautkrankheiten. Ich hätte auch die örtliche Lupustherapie citiren können. Es wäre eine traurige Geschichte, die bei dieser Krankheit nutzlos angewendeten inneren Mittel aufzuzählen, während das Leiden der örtlichen Behandlung weicht. Noch trauriger wäre es, zu berechnen, was das Jod, der Leberthran und so viel andere theure und schädliche Mittel gekostet haben, welche man zur Behandlung der tuberculösen Abscesse und Geschwülste verwendet hat, bis zum heutigen Tage, da der über die örtliche Ursache der Krankheit unterrichtete Arzt sich entschlossen hat, den Chirurgen zuzuziehen; das Gleiche gilt für die Sehnenscheidentuberculose und die tuberculöse Peritonitis. Schon

lange sind uns die Augenärzte, deren Beispiel man früher hatte folgen sollen, auf diesem Wege vorangegangen und haben das specifische Mittel in die nächste Nachbarschaft des erkrankten Theiles gebracht. Ebenso steht es mit der Nasenhöhle. Die örtliche Behandlung eines Schnupfens beugt ja so häufig einer Verbreitung der Infection auf die Athmungswege vor.

Die Kenntniss der Darmfäulniss oder der Magengährung hat zu örtlicher Desinfection des Verdauungstractus geführt, über deren Erfolge ich seinerzeit berichtet habe.

Muss ich noch an die wunderbaren Erfolge jener glücklichen Kühnheit erinnern, welche bis in die Tiefe des Gehirns mit der örtlichen Bekämpfung einer örtlichen Läsion gedrungen ist, deren Sitz der Gelehrtenfleiss bestimmt hat? Mir würde Zeit und Kraft fehlen, wenn ich alle Eroberungen der localen Therapie aufzählen wollte.

Nicht nur Infectionskrankheiten fallen in ihr Bereich. Die Augenärzte bringen nicht blos Quecksilber oder Jod in Berührung mit den erkrankten Augenhäuten; sie appliciren Atropin, Eserin, Pilocarpin in die Nähe des Krankheitsheerdes. So ist in der inneren Medicin die locale Therapie nicht bloss eine specifische, nein auch eine physiologische.

Das innerlich verwendete Mutterkorn, die unter die Haut gespritzte Pyocyaneus-Cultur hemmen Blutungen. Man bekämpft mit ihrer Allgemeinwirkung Blutverluste, die von örtlichen Gefässverletzungen herrühren. Man contrahirt alle Gefässe, um therapeutisch ein einziges Gefäss zu schliessen. Es giebt aber auch Substanzen, die örtlich angewendet Ischaemie und dann Haemostase erzeugen. Cocain auf die Oberfläche der Schleimhaut gebracht, bringt fast plötzlich das Nasenbluten zum Stillstand, selbst jene furchtbaren Hämorrhagieen, welche bei der Cirrhose von Arrosion einer Arterie an einem Punkte der Nasenscheidewand herrühren. Ich habe gesehen, wie einige Tropfen einer Adrenalinlösung bei einfachem Auftupfen eine Hämorrhoidalblutung zum Versiegen brachten. Zweimal sah ich eine beunruhigende Haemoptoe beseitigt, nachdem 1 ccm einer einprocentigen Lösung in die Trachea eingespritzt war.

Es wäre kindisch und tollkühn, das Horoscop eines Jahrhunderts stellen zu wollen. Ich wage nicht zu prophezeihen, welches die Therapie des zwanzigsten Jahrhunderts sein wird. Meiner

Ueberzeugung nach werden ihr unsere Nachkommen noch neue, ungeahnte Wege öffnen. Aber ich darf sagen, welchen Weg die moderne Therapie beschreiten muss. Sie vernachlässigt nicht die Allgemeinwirkung auf den Gesammtorganismus, sie sucht diese durch Anwendung chemischer Substanzen, und vornehmlich physicalischer Agentien zu erzielen. Sie wirkt ferner auf die Ernährung, aber nicht nur wenn es sich blos um die Ernährung als solche handelt, sondern auch wenn von der Ernährungsstörung die Entwickelung oder die Fortdauer einer Infection zu befürchten ist. Sie bekämpft diese Infection mit allgemeinen, aber besonders und mit einer grösseren Vorliebe mit örtlichen Mitteln, gleichviel ob sie nun eine antiseptische Wirksamkeit ausübt oder antitoxische Processe hervorruft. Durch diese Mittel wird sie eine wirklich heilende Therapie.

Sie begeistert sich vor allem für die Erforschung der Infection, welche den Ruhm des neunzehnten Jahrhunderts bedeutet, aber vom zwanzigsten noch weitere Entwickelung erfahren wird unter treuer Bewahrung der Lehren und des Andenkens jener beiden Wohlthäter aller Zeiten, P a s t e u r und L i s t e r!

Referate und Kritiken.

Das erste Jahrzehnt der Abtheilung für Augenkranke im Landesspitale zu Laibach. Von Dr. E m i l B o c k. Mit 1 Tafel und 6 Figuren im Texte. 127 S. Verlag von Josef Safar. Wien 1902.

Der interessante Bericht enthält eine Fülle fachlicher Beobachtungen, die einen ganz besonderen Werth besitzen, weil sie alle von ein und demselben Arzte unter einheitlichen Bedingungen gemacht wurden. Die Abtheilung für Augenkranke im Landesspitale zu Laibach wurde am 17. November 1890 in das Leben gerufen und Verf. behandelte in den ersten zehn Jahren ihres Bestehens 7637 Augenkranke und machte 3232 Operationen, darunter 910 Staroperationen. Die Einzelheiten des Berichtes sind in erster Reihe solche practischer Natur und betreffen Beobachtung, Erfahrung und Behandlung; von besonders interessanten Fällen sind kurze Krankengeschichten mitgetheilt.

Das Trachom ist mit 400 Fällen in der Statistik verzeichnet. Verf. macht die überraschende und bis heute noch nicht bekannt

gewesene Mittheilung, dass ihn die langjährige Beobachtung fast aller Trachomfälle Krains gelehrt habe, dass das Trachom gar nicht so selten auch ohne Behandlung heilt, oder besser gesagt, zum Stillstande kommt. An die Spitze der Behandlung setzt er den Höllenstein und das schwefelsaure Kupfer, den ersteren in 2—3procentiger Lösung als Pinselung, das letztere als platt geschliffenen Crystall. Als eine Bereicherung der Behandlungsarten des Trachoms sieht er die Anwendung des Protargols an, jedoch nicht in dem Sinne, dass es ein Ersatz für den Höllenstein sein soll, denn in jenen Fällen, wo dieser angezeigt ist, erweist sich nach Verf. das Protargol als fast wirkunglos. Er verwendet das Protargol in Fällen, welche schon der Heilung entgegengehen, nicht nur zur Bestreichung der Bindehaut mit Wattebäuschchen, sondern auch als Tropfwasser (2 Procent), wenn der Kranke nicht täglich zum Arzte kommen kann. Protargol ist dann ein wirkungsvolles Adstringens, welches nicht nur sichtlich die kranke Bindehaut günstig beeinflusst, sondern auch die beschwerlichen Gefühle der Kranken, wie Brennen u. dgl., mildert oder zum Verschwinden bringt. Bezüglich der operativen Behandlung des Trachoms ist Verf. der Ansicht, dass keine Operation allein im Stande ist, das Trachom zu heilen. Die Ausschneidung der oberen Uebergangsfalte wendet er nur ganz vereinzelt und nur unter ganz besonderen Bedingungen an, die Erfolge dieser Operation entsprechen überhaupt keineswegs der so oft überschwänglichen Anpreisung. Das Ausquetschen der Trachomkörner mit den Fingernägeln oder mit eigens dazu gemachten Werkzeugen, insbesondere der K n a p p'schen Rollpincette, bezeichnet B. als roh und die damit erzielten Erfolge als wenig ermuthigend. Er zieht daher die Zerstörung der Trachomkörner mit dem Glühdraht vor.

Bezüglich der Conjunctivitis scrophulosa sive eczematosa führt Verf. an, dass oft die einzige Ursache derselben das Vorhandensein von Kopfläusen sei, nach deren Vertilgung die Beschwerden gleich schwinden. An Stelle der Bezeichnungen Ulcus serpens corneae oder Abscessus corneae zieht er den Namen Ulcus corneae septicum vor. Bei Keratoconus konnte sich B. nie entschliessen, mit einer Operation einzugreifen, sondern liess regelmässig Miotica einträufeln und war mit dem Erfolge stets zufrieden. Das Glaucom als eigentliche Erkrankung ist in Krain selten, was nach Verf. bis zu einem gewissen Grade wohl damit zusammenhängt, dass es dort so gut wie keine Juden giebt. Von den die Pupillen verengenden Mitteln hat er bis jetzt dem Pilocarpin den Vorzug gegeben, hat aber in den letzten Jahren ebenso wie andere Fachgenossen die Erfahrung gemacht, dass es nicht nur die Pupille erweitert, sondern auch geradezu wirkungslos ist, weshalb er nunmehr Eserin oder Arecolin anwendet. Bei zwei operativ behandelten Fällen von Myopie (M 12 D) hatte B. vortreffliche Resultate, bei einem Auge aber (M 20 D) einen

Misserfolg durch dichte Trübung des Glaskörpers, der eine theilweise Abhebung der Netzhaut folgte.

Bei 637 Starausziehungen mit dem Lappen nach oben und Iridectomie verlor B. 5 Augen durch Wundeiterung ohne nachweisbare Ursache, also 0,79 Procent, an Wundeiterung bedingt durch schon vorhandene unheilbare Krankheit der Lider. Bindehaut, Nase u. s. w. 13, d. i. 2,4 Procent, durch Wundeiterung überhaupt 2,82 Procent, durch Glaskörpereiterung 0,62 Procent, durch Beschädigung des Auges durch die Hand des Kranken 4, d. i. 0,62 Procent, durch Vorfall der Aderhaut 2, d. i. 0,31 Procent, durch Blutung und schleichende Cyclitis je 1, d. i. 0,15 Procent, durch Netzhautabhebung 2, d. i. 0,31 Procent, alles zusammen 5 Procent. Bei 93 Fällen von Starausziehung mit dem Lanzenschnitt erzielte er 81 mal vollen Erfolg, 9 mal geringen und 3 mal keinen Erfolg.

Aus dem Abschnitt „Erfahrungen über einige Heilmittel" ist Folgendes zu erwähnen: Aspirin hält B. für das beste Salicylpräparat, weil es alle die guten Eigenschaften von Natrium salicylicum und keine unangenehme Nebenwirkung besitzt. Dionin ist ein werthvolles Mittel in jenen Fällen von heftiger Irititis, bei denen wegen zeitweiliger Drucksteigerung die Anwendung von Atropin unmöglich ist. Durch Einträufelung von Dionin wird die Ausschwitzung der Regenbogenhaut wesentlich geringer. Heroin 0,005 pro dosi zweimal des Tages ist für den Augenarzt ein sehr schätzenswerthes Mittel, weil es noch besser wie Codein bei den Reizungszuständen der Schleimhaut der Lunge wirkt, indem es den Hustenreiz unterdrückt, ohne durch die Zurückhaltung der Absonderung schädlich zu wirken. Xeroform leistet Ausgezeichnetes bei Frühlingscatarrh, ebenso ist es werthvoll in der Behandlung von oberflächlichen Verlusten im Hornhautgewebe z. B. nach kleinem Randgeschwür, weil es ohne jede reizende Nebenwirkung die Narbenbildung sichtlich beschleunigt. Protargol ist ausser bei Trachom ein willkommenes Mittel, als 1—2-procentiges Tropfwasser gebraucht zu werden bei veralteten Bindehautcatarrhen, wenn die betr. Kranken nicht zum Arzte kommen können. Vortreffliches leistet Protargol schon in 5—10-procentiger Lösung bei eiteriger Absonderung im Thränensack, bei welchem Leiden schon nach wenigen Einspritzungen mit der Anel'schen Spritze die Absonderung aufhört oder wenigstens bedeutend abnimmt. Bei hartnäckigem Eczema impetiginosum, wo alles versagte, erzielte B. mit 33procentigem Quecksilbervasogen in kürzester Zeit Heilung mit unbedeutenden Narben.

Die neueren Augenheilmittel für Aerzte und Studirende. Von Dr. M. Ohlemann in Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1902. 171 S.

Die Therapie in der Augenheilkunde hat in den letzt verflos-

senen fünf Jahren eine solche Umwandlung erfahren, die Literatur über dieselbe einen solchen Umfang erreicht, dass eine Neubearbeitung der augenärztlichen Heilmittel ganz besonders willkommen sein musste. Nicht nur unter den chemisch wirkenden Mitteln, den eigentlichen Arzneistoffen, ist eine Fülle neuer hinzugekommen, auch die physicalischen Heilmittel und Heilmethoden haben eine ungemein grosse Zunahme erfahren, wie z. B. instrumentelle Massage, die verschiedenen Arten der Anwendung der Electricität etc. Neu hinzugetreten ist inzwischen die Organtherapie, Serumtherapie und Lichttherapie. Verf. hat es in dankenswerther Weise unternommen, alle diese neueren Heilmittel und Heilmethoden kurz zusammenzufassen und damit ein Gesammtbild des Arzneischatzes der Ophthalmologie der Gegenwart zu entwerfen mit den Urtheilen der Einzelbeobachter. Leider ist es an dieser Stelle unmöglich, näher auf den reichhaltigen Inhalt der interessanten Arbeit einzugehen; dieselbe ist als Nachschlagebuch um so empfehlenswerther, als damit eine ausführliche und genaue Angabe der einschlägigen Literatur verbunden ist.

Anleitung zur Durchführung bacteriologischer Untersuchungen für klinisch-diagnostische und hygienische Zwecke. Von Stabsarzt Dr. Ludwig Kamen in Wien. Mit 118 Figuren im Texte und 76 Photogrammen auf 12 Tafeln. Verlag von Josef Safar. Wien, 1903. 312 S.

Dem vorliegenden Leitfaden liegen die Vorlesungen zu Grunde, die Verf. an der militärärztlichen Applicationsschule in Wien über Bacteriologie hält. Dass einzelne Capitel des Werkes über den Rahmen eines Leitfadens hinausgehen, ist auf die Ansicht des Verf. zurückzuführen, dass auch ein Anfänger nicht mechanisch, sondern mit Verständniss arbeiten soll, dass nur mit Verständniss geübte Methoden sich dem Gedächtniss leicht und dauerhaft einprägen, daher ihm für alle Phasen der bacteriologischen Untersuchungen, soweit dies überhaupt möglich ist, die theoretischen und practischen Grundlagen der Methoden mitgetheilt werden sollen. Von den letzteren sind in dem Buche vorwiegend jene angeführt, die vom Verf. selbst im Laboratorium erprobt wurden und die bei völliger Erreichung des Zweckes keine allzu hohen Ansprüche an die Geschicklichkeit der Arbeitenden und an die Ausrüstung der Laboratorien stellen. Die Darstellungsweise und Behandlung des Stoffes ist eine präcise und leicht verständliche, alles Unwichtige ist bei Seite gelassen, nichts Wichtiges übersehen worden. Die Ausstattung des Werkes, besonders auch was die Textfiguren und Photogramme anbelangt, ist eine vorzügliche. Das Werk erfüllt seine Aufgabe, eine Anleitung zur Durchführung bacteriologischer Untersuchungen zu

geben, in ganz ausgezeichneter Weise und kann daher bestens empfohlen werden.

Bacteriologisch-chemisches Practicum für Apotheker und Studirende. Kurze Anleitung zur Untersuchung von Harn, Blut, Magen- und Darminhalt, Auswurf, Wasser, Milch, Butter und Margarine. Von Johannes Prescher und Viktor Rabs. Mit 14 Abbildungen im Text, 3 Tafeln und 2 Tabellen. A. Stuber's Verlag. Würzburg 1903. 112 S.

Das kleine Werkchen, dessen Zweck und Inhalt bereits aus der Titelangabe hervorgeht, ist zwar in erster Linie für den Apotheker bestimmt, kann aber auch dem allgemeinen Arzte zur Auffrischung seiner bacteriologischen und chemischen Kenntnisse warm empfohlen werden.

Medical Microscopy designed for Students in Laboratory Work and for Practitioners. By T. E. Oertel, M.D. With 131 illustrations, some of which are colored. P. Blakiston's Son & Co., Philadelphia, 1902. 362 S.

Das Werk ist ein Leitfaden der microscopischen Technik, der pathologischen Anatomie und Bacteriologie, enthält, worauf Verf. im Vorwort selbst hinweist, wenig Originelles, sondern sowohl Text wie Abbildungen sind grösstentheils aus schon bestehenden Werken, allerdings in geschickter Weise, zusammengetragen. Das Buch kann von Anfängern mit Vortheil benutzt werden, bleibt aber hinter den meisten bis jetzt erschienenen Werken, die den gleichen Zweck verfolgen, erheblich zurück.

Die thierischen Parasiten des Menschen. Ein Handbuch für Studirende und Aerzte. Von Dr. Max Braun in Königsberg i. Pr. Mit 272 Abbildungen im Text. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. A. Stuber's Verlag. Würzburg 1903. 360 S.

Von dem Braun'schen Werke ist schon nach kurzer Zeit eine dritte Auflage nöthig geworden, gewiss der beste Beweis für die Vorzüglichkeit des Buches. Der Umstand, dass in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Parasitenkunde so zahlreiche und zum Theil so wesentliche Fortschritte gemacht wurden, machte eine Neubearbeitung des Stoffes zur Nothwendigkeit. Am meisten galt dies für die parasitischen Urthiere, in geringerem Grade für die übrigen Gruppen. Im Uebrigen wurde der Character des Buches nicht geändert, doch wurden, was besonders zu begrüssen ist, zahlreiche neue Abbildungen aufgenommen, die

das Erkennen der thierischen Parasiten des Menschen in ihren verschiedenen Entwicklungszuständen erleichtern helfen. Eine gewisse Unbequemlichkeit wird für die meisten Leser in der Abänderung eines Theiles der Namen der Arten gegeben sein, die aber nach Angabe des Verf. nicht zu vermeiden war. Da jedoch in solchen Fällen auch die bisher üblichen Benennungen unter den Synonymen angeführt sind, so ist die Orientirung mit Hülfe des Artenverzeichnisses nicht zu schwierig. Wenn auch die Literaturangaben auf absolute Vollständigkeit keinen Anspruch machen können, so sind doch die wichtigeren Arbeiten in reichlicher Anzahl angeführt worden und namentlich auch solche, von denen aus die weitere Orientirung möglich ist. Auch die Ausstattung der dritten Auflage des Buches ist eine vorzügliche und macht dem Verlage Ehre. Das B r a u n'sche Werk über die thierischen Parasiten ist eine ganz ausgezeichnete Arbeit.

Therapeutics of Infancy and Childhood. By A. J a c o b i, M.D., L.L.D. Third edition. J. B. Lippincott Company. Philadelphia and London, 1903. 560 S.

Auch von J a c o b i's vorzüglichem Buch über Behandlung der Kinderkrankheiten ist nach kurzer Zeit schon wieder eine Neuauflage erschienen, die viele Zusätze enthält gegenüber den beiden früheren Auflagen, aber sonst keine principiellen Aenderungen zeigt. Die Vorzüge des J a c o b i'schen Buches sind zu bekannt, als dass wir an dieser Stelle noch besonders auf dieselben aufmerksam machen müssten. Bezüglich der Einzelnheiten des Inhaltes können wir auf die Besprechung der ersten Auflage verweisen, die in der Januar-Nummer des Jahrganges 1896 erschienen ist. Nur einen Punkt möchten wir speciell herausgreifen, mit welchem wir uns nicht einverstanden erklären können, dass nämlich J. die Bezeichnungen *Epidemische Bronchitis* und *Influenza* synonym gebraucht, ein Vorgehen, das absolut keine Berechtigung hat weder vom klinischen noch historischen Standpunkte aus. Die Geschichte der Influenza kennt zwar Bezeichnungen wie Catarrhus epidemicus, Tussis epidemica, Febris catarrhalis epidemica und Morbus rheumatico-catarrhalis epidemicus, allein den Namen epidemische Bronchitis sucht man vergebens. Die Influenza ist keine epidemische Bronchitis, sondern eine Krankheit sui generis, bei welcher gar nicht so selten überhaupt keine bronchitische Erscheinungen vorhanden sind. Wenn wir bezüglich der nächsten Auflage, die gewiss nicht allzu lange auf sich warten lassen wird, einen Wunsch äussern dürfen, der allerdings den Verleger angeht, so wäre es der, die Ueberschriften der einzelnen Capitel, Krankheitsnamen etc. statt in „*italics*" mit fetten Lettern setzen zu lassen, wodurch das Buch an Uebersichtlichkeit bedeutend gewinnen und das Nachschlagen sehr erleichtert würde.

Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Unter Mitwirkung der Herren Prof. Dr. Bettmann, Hofrath Prof. Dr. Fleiner, Doz. Dr. Gaupp, Doz. Dr. Hammer, Doz. Dr. Hegener, Prof. Dr. v. Hippel, Doz. Dr. Jacoby, Prof. Dr. Jordan, Prof. Dr. Jurasz, Doz. Dr. Magnus, Doz. Dr. Marschall, Doz. Dr. Nehrkorn, Prof. Dr. Petersen, Prof. Dr. Schottländer, Doz. Dr. Schwalbe, Doz. Dr. Simon, Doz. Dr. Soetbeer, Doz. Dr. Starck, Doz. Dr. Völker, Prof. Dr. Vulpius herausgegeben von Prof. Dr. Ludolph Brauer in Heidelberg. Band I, H. 1 und 2. A. Stuber's Verlag. Würzburg 1903.

Die allzeit rührige Stuber'sche Verlagshandlung, die u. a. schon durch die „Würzburger Abhandlungen" rühmlichst bekannt geworden ist, ist wiederum mit einem neuen Unternehmen an die Oeffentlichkeit getreten. Die „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose", die als zwangslose Hefte in nicht zu langen Zwischenräumen erscheinen werden, sollen an der bedeutsamen und umfassenden Aufgabe mitarbeiten, das Verständniss der vielfältigen Erscheinungen der Tuberculose zu fördern. Im Austausche der Meinungen, in consequenter Forschung sollen die „Beiträge" das Wesen der verheerenden Volksseuche erkennen helfen und durch die gewonnene Erkenntniss zur erfolgreichen Abwehr des Feindes befähigen. Dieses Ziel sollen die „Beiträge" einmal dadurch erreichen, dass sie ausführlichen klinischen Beobachtungen Raum geben, deren Werth nicht beeinflusst wird durch den Stand der jeweiligen Anschauungen. Zum anderen sollen die „Beiträge" in Einzeldarstellungen über die theoretischen Gesichtspunkte berichten, unter denen die den verschiedensten klinischen Specialgebieten entnommenen Thatsachen betrachtet zu werden pflegen. Beides entspricht dem Wesen der ärztlichen Wissenschaft und auch die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis erheischen eine gleichmässige Berücksichtigung beider Gesichtspunkte.

Die Erscheinungsweise der „Beiträge" ist nicht an bestimmte Daten gebunden. Jedes Heft ist einzeln käuflich, je 3—5 Hefte werden zu einem Bande vereinigt. Der Preis wird von Fall zu Fall nach Maassgabe der jeweils beigegebenen Illustrationen, Tafeln etc. bestimmt werden, doch werden sich im Allgemeinen die Preise in mässigen Grenzen halten. Bis jetzt sind zwei Hefte erschienen mit folgenden Abhandlungen:

Heft 1: Brauer. *Das Auftreten der Tuberculose in Cigarrenfabriken.* Mit 6 Tafeln. Hoffmann, *Beitrag zur Kenntniss der Tuberculoseverbreitung in Baden.* Mit 4 Karten und 5 Tafeln. Bettmann, *Lupus follicularis disseminatus.*

Heft 2: Czerny. *Ueber die häusliche Behandlung der Tuberculose.* Stoeckel, *Zur Diagnose und Therapie der Blasen-Nieren-Tuberculose bei der Frau.* Mit 1 Tafel. Fischer, *Ueber die Ausheilung grosser tuberculöser Lungenkavernen.* Grouven, *Anderweitige Tuberculose bei Lupus und Scrophyloderma.*

Wenn wir hier auch nicht näher auf die einzelnen Arbeiten eingehen können, so können unsere Leser doch schon aus den Titelangaben ersehen, was uns die „Beiträge" bieten werden. Wir begrüssen das neue Unternehmen mit Freuden und wünschen ihm den bestmöglichen Erfolg.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Ed. Reichmann: *Practische Erfahrungen über Mesotan (Salicylsäuremethoxymethylester), ein Mittel zur percutanen Anwendung der Salicylsäure.*

Verf. hat von genanntem Mittel bis jetzt 500 g bei 15 Patienten verbraucht und ist nach diesen bisherigen Versuchen zu dem Ergebniss gekommen, dass er das Mesotan zur weiteren Prüfung und Anwendung durchaus empfehlen kann, ohne natürlich bereits jetzt ein abschliessendes Urtheil fällen zu wollen.

Bei seinen eigenen Versuchen trat zum Theil eine deutliche, wenn auch natürlich noch schwache Reaction des Urins nach einer halben Stunde, einigemale auch etwas später ein. Nach mehreren Stunden war eine sehr intensive, dunkel violette Färbung des Urins nach Zusatz von Liquor ferri sesquichlorati zu constatiren.

Bei Zusatz von 10 Proc. Oleum olivarum wurde das Mittel meistens gut vertragen, einigemale wurde ein angenehmes Gefühl von Wärme empfunden, in anderen Fällen trat auch hier ein leichtes Brennen, einmal jedoch ein recht unangenehmes Hitzegefühl bei einem Patienten ein, der sonst nur leichtes Brennen angab. Es war derartig, dass er die Abnahme des Verbandes wünschte.

Ein anderer Umstand aber liess ihn von dem Olivenöl als Zusatzmittel wieder abstehen. Die Kranken beklagten sich nämlich, dass das Präparat einen so unangenehmen Geruch habe, eine Klage, die er bei näherer Prüfung als nicht unberechtigt anerkennen musste. Es wurde infolgedessen anstatt des Olivenöls nur noch Oleum Ricini genommen und zwar in etwas grösserer Menge, nämlich im Verhältniss von etwa 20—30 Proc. Bei dieser Zusammensetzung wurde der nicht angenehme Geruch ver-

mieden und andererseits wurden durchgängig keine Klagen über Hautbrennen mehr gehört. Nur ein Patient, derselbe, welcher bei Einpinselung des Mesotans mit 10 Proc. Oleum olivarum über das heftige Hitzgefühl geklagt hatte, empfand einmal, nach Anwendung von 7 cm³ mit 2 cm³ Ricinusöl ein solches Brennen, dass er sich abermals den Verband entfernen liess. Wenige Tage nachher jedoch vertrug derselbe Kranke Einpinselungen verschiedener Stärke (6+2; 10+2,5; 10+1; 5+2) ganz gut.

Andererseits konnte R. in einem Falle von Dermatitis (Dermatomyositis) acuta rheumatica eine Mischung von 6 cm³ Mesotan und 2 cm³ Ricinusöl ohne jede Reizwirkung anwenden, wobei die Affection in einigen Tagen abheilte.

Bei einem Patienten habe er versuchshalber 18 Tage lang täglich dieselbe Stelle (Gegend des linken Kniegelenks) einpinseln lassen, wobei der Patient über keine unangenehmen Wirkungen auf die Haut klagte. Dass man in der Praxis im allgemeinen besser thun wird, täglich die zu behandelnde Stelle zu wechseln, braucht wohl nicht besonders erwähnt zu werden. R. lässt gewöhnlich den Verband an jeder Stelle 2 Tage liegen, die ganze Tagesdosis auf einmal einpinseln und kommt je nach Lage des Falles nach zwei oder mehr Tagen auf die erste Stelle zurück. Die Tagesdosis betrug bei seinen Versuchen meist 6—8 cm³, je nach der Schwere des Falles auch mehr; einmal wurde, experimenti causa, allmählich bis auf 14 cm gestiegen, die in diesem Falle auch gut vertragen wurden.

A r d o, Abtheilung des Dozent. Dr. T a u s z k-Budapest (Magyar Orvosok Lapja 1902, No. 50) äussert sich:

In allen Fällen hat das Mittel schmerzstillend gewirkt; in acuten Fällen wurde die Polyarthritis günstig beeinflusst, besonders in einem Falle, wo der Patient das Salicyl nicht vertrug und daher damit ausgesetzt werden musste. Die während dieser Pause eingetretene Verschlimmerung ging bei Mesotananwendung rasch zurück. Besonders günstige Wirkungen wurden bei Rheumatismus musculorum sowohl in acuten als auch in chronischen Fällen beobachtet. Angewendet wurde das Mittel täglich dreimal und schon nach wenigen Einreibungen liessen die Schmerzen wesentlich nach. Die Wirkung trat prompt ein und nach wenigen Tagen der Anwendung konnte auf längere Zeit eine Erleichterung erlangt werden. Das Mesotan hat sich bei allen acuten und chronischen Muskelrheumatismen als besonders verlässliches Mittel erwiesen, bei welchem hauptsächlich die schmerzstillende Wirkung hervortritt. Durch entsprechende Verdünnung sind die unangenehmen Nebenerscheinungen auf der Haut vollständig zu vermeiden. Das Mesotan ist es werth, in allen den Fällen versucht zu werden, in welchen die Salicylpräparate nicht vertragen werden. (Therapie der Gegenwart 1902, No. 12.)

Joh. Becker: *Ueber Heroin als Sedativum und Narcoticum.* (Dissertation. Bonn 1902.)

„Bei den vorliegenden eigenen Versuchen, die an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn (Geh. Rath Prof. Dr. Pelmann) ausgeführt wurden, wurde die sedative und narcotische Wirkung des Heroins an 66 Kranken geprüft, und zwar an 59 Frauen und 7 Männern.

Es wurde mit Anwendung ganz kleiner Dosen Heroin begonnen und diese dann unter steter Controlle vorsichtig gesteigert; die Darreichung geschah entweder in Tropfenform oder durch subcutane Injection. Um Irrthümer in der Beurtheilung auszuschliessen, wurde während der ganzen Zeit der Anwendung des Medicamentes in nichts das bisher eingehaltene Regime geändert; ausserdem wurde auch nach Möglichkeit jede suggestive Einwirkung vermieden.

Es ergab sich als Resultat, dass das Mittel bei 991 Gaben 675 mal positiv gewirkt hat, so dass wir bei möglichster Berücksichtigung aller Fehlerquellen einen Gesammterfolg von 68 Proc. zu verzeichnen haben.

Ausserdem wurde das Heroin bei verschiedenen Patienten zugleich mit anderen Narcoticis angewandt; dabei lieferte die Zusammenstellung von Heroin mit Trional oder Chloral sehr brauchbare Resultate, während sich die Combination mit Lactophenin oder Paraldehyd nur in den wenigsten Fällen bewährt hat.

Je nachdem das Heroin bei Schlaflosigkeit oder bei Unruhe und Erregungszuständen die Indication zur Darreichung abgegeben hatte, erhalten wir aus unseren Untersuchungen folgendes Ergebniss:

Gegen Schlaflosigkeit wirkte das Präparat bei 369 Gaben 295 mal positiv = 79,9 Proc. Erfolg.

Gegen Unruhe und Erregungszustände hatte es in 490 Gaben 277 mal positive Wirkung = 56,5 Proc. Erfolg.

Bei Schlaflosigkeit und Unruhe zugleich wurde es in 132 Gaben gebraucht; dabei wirkte es 103 mal positiv = 78 Proc. Erfolg.

Wir ersehen hieraus, dass die hypnotische Kraft des Heroins wesentlich grösser ist als die sedative.

Abgesehen von seiner Brauchbarkeit bei Affectionen der Athmungsorgane brachte es grossen Nutzen bei Dementia senilis und bei acuter Verwirrtheit.

Unangenehme Nebenerscheinungen sowie Angewöhnung an das Mittel konnten bei den diesseits angewandten Heroindosen nicht beobachtet werden." (Ref. Deutsche Praxis, 1902, No. 8.)

Friedrich Bezold: *Die Behandlung der acuten Mittelohrentzündung.* (Referat für die Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Trier. — Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, Juli 1902.)

Bezold unterscheidet drei Hauptformen: acuten Mittelohrcatarrh, acute einfache Mittelohrentzündung und Otitis media purulenta acuta. Der acute Catarrh ist bacterienfrei, während bei den zwei anderen Gruppen verschiedene pyogene Bacterien und Coccen ätiologisch eine Rolle spielen, doch lässt sich nicht nach der Art des jeweiligen Bacterienbefundes eine prognostische Aussage machen. Die klinische Erfahrung geht über die bacterielle Diagnose. Nicht die Beschaffenheit des Secretes noch die Ausbreitung der Entzündung begründen die Schwere der Erkrankung und ihre Neigung zu Complicationen, sondern die Reichlichkeit desselben. Folgt der Paracentese ein mehrwöchentlicher reichlicher Ausfluss, dann liegt die schwere Form vor, ebenso bei spontanem Durchbruch. Der spontane Durchbruch erfolgt nicht, wie die Lehrbücher lehren, am häufigsten im vorderen unteren Quadranten, sondern im hinteren unteren und oberen Quadranten. Bei acuter Otitis media perforat. erfolgt aber niemals der Durchbruch in der Gegend der Shrapnell'schen Membran, sondern nur bei chronischer findet sich dort eine Oeffnung.

Acut entstandene Perforationen haben eine grosse Neigung, sich zu schliessen, selbst nach monatelanger Eiterung. Oft bildet sich an der Perforation als gesunde Reaction ein durchbohrter Zapfen, der bei krankhafter Anlage (Phthise) niemals zu Stande kommt. Die aussergewöhnlich lange Dauer mancher Otorrhöen rührt von der Ausbreitung des Processes in besonders grosse pneumatische Zellen des Felsenbeines her. Sobald die acute Mittelohreiterung länger als zwei Monate dauert, so liegt die Indication zur Eröffnung des Warzentheiles vor. Nach dieser Operation tritt in 3—5 Wochen Heilung ein. Die einfache Freilegung der Nebenhöhlen der Pauke genügt ohne weitere besondere Eingriffe zur Heilung, sobald noch keine weitere Complication vorliegt.

Beim einfachen acuten Catarrh sucht Bezold das Secret durch Politzers Verfahren zu entfernen, macht auch eine Paracentese und bläst dann vom äusseren Gehörgang ins Mittelohr. Niemals schloss sich Eiterung an, da das Secret steril ist. Bezold glaubt nicht, dass man durch die Tube bei unzerstörtem Trommelfell Infectionskeime in die Pauke blasen kann. Auch bei der acuten Entzündung sieht er deswegen von der Luftdouche nicht ab. Die bacteriologische Theorie ist falsch und durch die Praxis tausendmal widerlegt. Bei grösserer Secretansammlung tritt Paracentese und darnach Luftdouche ein. Die Heilkraft der Borsäure folgert Bezold aus der Abkürzung der Heilungsdauer und hat niemals Nachtheile von ihrer Anwendung gesehen. Bei Druckempfindlichkeit des Warzentheiles Eisbeutel.

Zum Schluss wendet sich Verf. gegen die sogenannte Trockenbehandlung der Otorrhoe mit Gazedrains und befürwortet die alte

Art der Anwendung der Ohrenspritze. Der Gazedrain macerire den Gehörgang, sauge ungenügend und vermehre die Epithelabstossung. Die Gehörgangstamponade wirke nur als feuchtwarmer Umschlag und begünstige dadurch die Bacterienentwicklung und den Foetor.

Andere Autoren (Körner) widersprechen dieser Verurtheilung der Tamponade und sind für sehr frühzeitige Paracentese (am ersten bis zweiten Tage), Zaufal sucht Spontanheilung anzustreben und die Paracentese möglichst zu vermeiden. Das Gros der Ohrenärzte hat sich aber von dem Nutzen einer frühzeitigen sauberen Paracentese überzeugt. (Deutsche Praxis.)

R. Henneberg: *Beitrag zur forensischen Psychiatrie: Beeinflussung einer grösseren Anzahl Gesunder durch einen geisteskranken Schwindler (Pseudologia phantastica).*

Verf. theilt die ausführliche Krankengeschichte eines Mannes mit, der erhebliche Störungen auf psychischem Gebiete aufwies und dem es trotzdem gelang, auf Grund höchst absurder Angaben eine Vereinigung von 10 Personen zu begründen und dieselben zu den unsittlichsten Handlungen zu verleiten.

Mitte Februar 1896 erzählte R. seiner Frau, dass 3 Herren bei ihm gewesen seien und ihm mitgetheilt hätten, dass er, nachdem er nun das 40. Jahr erreicht habe, berechtigt sei, in den Freimaurerbund einzutreten, da sein Vater demselben angehört habe. Er würde in der Folge ein Examen zu bestehen haben und noch weitere Anweisungen in der Zukunft erhalten. Am nächsten Tage erklärte er, nach einem angeblichen Besuch in der Freimaurerloge, ihm seien 50,000 Mark sichergestellt; er sei berechtigt, sich eine Mitfrau zu wählen, für die 10,000 Mark zur Auszahlung gelangen würden. Auf seine Anordnung musste seine Frau die Genitalien der Mitfrau K. waschen und küssen, was als „Symbol der schwesterlichen Zusammengehörigkeit" bei den Freimaurern gelte. Darauf habe R. mit der K. den Beischlaf in Gegenwart seiner Frau vollzogen, den er als körperliche Zusammenkunft bezeichnete. Nach einigen Wochen wurde die Tochter der K. hinzugezogen, welche R. in Gegenwart deren Mutter und seiner Frau deflorirte. Nach ½ Jahre wurde der Sohn der Frau K. ohne besonderes Ceremoniell hinzugezogen, er musste auf Anordnung des R. mit dessen Ehefrau den Beischlaf ausüben.

Nach ¾ Jahren wurde eine Schwägerin der Frau K. „als Ehrenfrau", dann ein Stiefbruder der Frau R. „eingezogen." Da sich bei der Einführungsceremonie herausstellte, dass letzterer impotent war, ordnete R. an, nachdem er vorher den Bescheid der Loge eingeholt hatte, dass sein Schwager mit seiner Frau mutuell masturbire. Im Jahre 1898 wurden gleichzeitig Herr und Frau Kr. „eingezogen", bald darauf trat Frau B. der Vereinigung bei. Mitte 1899 trat Frau R. als letztes Mitglied bei.

Alle 4 Wochen haben Familienabende mit den nothwendigen Ceremonien stattfinden müssen, alle halben Jahre habe R. zur Generalversammlung der Freimaurer gehen müssen. Bevor R. dorthin ging, wurde der Tisch gedeckt, auf denselben Leuchter gestellt, zwischen diese ein Gesangbuch gelegt; darauf habe R. mit einer der Mitfrauen in Gegenwart der anderen den Beischlaf vollzogen; er ging dann zur „grossen Redoute", nachdem ihm alle „Behüt dich Gott" zugerufen hatten. Sämmtliche Mitglieder mussten, ein Protocoll unterzeichnen, welches R. nach der Loge tragen zu müssen vorgab. Sie mussten sich zum Gehorsam gegen R. und zu Verschwiegenheit verpflichten.

R. gab an, mehrfach seien in den letzten Jahren Attentate auf ihn vorgenommen worden, er lasse sich nicht ausreden, dass er Freimaurer sei und von Freimaurern umgarnt sei. Die von ihm gemachten falschen Angaben räumt R. ein; zur Zeit als er jene Mittheilungen machte, sei er völlig von der Rechtmässigkeit überzeugt gewesen. Bezüglich seiner Sittlichkeitsvergehen an einem elfjährigen Mädchen erklärte er, er wollte sie als Freimaurer belehren und warnen; wie er dazu gekommen sei, sich an dem Mädchen zu vergreifen, wisse er selbst nicht mehr. R. hat zahlreiche subjective Beschwerden, objectiv bietet er nichts besonderes.

In seinem Gutachten kommt Verf. zum Schluss, dass R. ein infolge von chronischem Alcoholismus, vielleicht auch unter dem Einfluss eines Kopftraumas degenerirtes, an Hysterie leidendes Individuum sei, bei dem neben einer krankhaft gesteigerten Phantasiethätigkeit sich Ansätze zu paranoischer Wahnbildung und eigenartige Fälschung des Urtheils hinsichtlich des Verhältnisses des Vorgestellten, Erdichteten zur Wirklichkeit und eine krankhafte Autosuggestibilität nachweisen lassen. Diese pathologische Erscheinung ist zuerst von Delbrück als Pseudologia phantastica eingehend untersucht worden. Die paranoischen Auffassungen des R. haben sich zum Theil auf Grund hallucinatorischer oder illusionärer Trugwahrnehmungen entwickelt.

Der Einfluss des R. auf so viele Gesunde erklärt Verf. dadurch, dass R. von der Realität seiner Phantastereien überzeugt war; von besonderer Wirksamkeit seien die angewandten eigenartigen Ausdrücke gewesen, die Sicherheit und Feierlichkeit des R. und das geheimnissvolle Thema der Freimaurerei. Die Pseudologia phantastica ist von einigen Autoren als Vorstufe der inducirten Paranoia aufgefasst worden. Die Prognose der reinen Form der Pseudologia phantastica erscheint günstig, die Therapie besteht in Exploration und Ueberwachung.

Verf. führt ferner einen zweiten Fall an. Eine 16jährige Schülerin kam zwei Monate täglich mit einem Kopfverband in die Schule und klagte dort vielfach über Schmerzen im Ohr; sie erledigte ihre Aufgaben zur grössten Zufriedenheit ihrer Lehrerinnen. Letzteren erzählte sie Details aus der Klinik des sie be-

handelnden Arztes. Gelegentlich eines Besuches einer Lehrerin bei dem betreffenden Arzte erwiesen sich die Erzählungen als Dichtungen, trotzdem beharrte Patientin bei ihrer Angabe. Zu Hause hatte sie den Verband regelmässig abgenommen. Patientin hatte zum ersten Mal vor drei Jahren an „Einbildungen" gelitten. (Charité-Annalen, XXVI. Jhrg., ref. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, 1903, No. 12.)

Leopold Müller: *Ein neues Operationsverfahren zur Heilung der Netzhautabhebung.*

Von den verschiedenen Formen der Netzhautablösung ist es die am häufigsten vorkommende, die sogen. genuine der hochgradig Kurzsichtigen, deren Heilung Verf. durch sein neues Operationsverfahren anstrebt. Dasselbe besteht im wesentlichen darin, dass er im hinteren Bulbusabschnitte ein grosses Stück aus der Sclera ausschneidet, die Wundränder vernäht, ohne von dem Bulbusinhalt mehr zu verlieren, als gerade nothwendig ist, um die Hülle des Bulbus dem verringerten Glaskörpervolumen zu adaptiren. Dadurch wird erreicht, dass die Dehnung und Spannung der Chorioidea, wie sie bei hochgradiger Myopie vorliegt, aufhört; 2. dass ebenso die Dehnung und Spannung der normal sich lagernden Retina aufhört; 3. dass der durch die Ausschaltung eines Stückes Sclera verkleinerte Fassungsraum der Bulbuscapsel in einigen Fällen ganz, in anderen Fällen zum grösseren Theile von Glaskörper ausgefüllt werden wird, als ehedem. Näheres über die Details der Operation ist in der Originalarbeit nachzulesen. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 23.)

J. Pfannenstiel: *Ueber die Vorzüge der Aethernarcose.*

P. ist ein entschiedener Anhänger der Aethernarcose, deren Vorzüge er in ausführlicher Weise schildert. Contraindicationen gegen den Gebrauch der Aethernarcose giebt es für ihn kaum, er lässt höchstens die acute Bronchitis als solche gelten. Nach seiner Ansicht sind ferner die Nachwirkungen nach Darreichung von Aether erheblich geringer als nach Cholorform. Die richtige Technik der Aethernarcose besteht in folgendem: erst Erzeugung eines Rauschzustandes, sodann leichte Intoxication mit der Kohlensäure der Expirationsluft und darauf möglichst gleichmässige Zufuhr von ganz schwachen Aetherdämpfen, wobei ab und zu durch Lüften der Maske etwas atmosphärische Luft zugeführt wird. Die Wahl der Maske ist von grosser Wichtigkeit. Als ungeeignet bezeichnet P. die Schimmelbusch'sche Maske, als noch ungeeigneter und geradezu gefährlich die Juillard'sche. Für zweckmässig, wenn auch nicht ganz ohne Fehler, hält er die Wanscher'sche Beutelmaske. Bei den nöthigen Vorsichtsmaassregeln kann die Aethernarcose als fast vollkommen unschädlich bezeichnet werden, während das Chloroform

unter allen Umständen als ein bedenklicheres Gift für den Körper anzusehen ist. Gerade die ärztliche Praxis sollte sich nach P. mehr der Aethernarcose zuwenden. Zwar bedarf die Aethernarcose gleichfalls der Uebung, aber lange nicht in dem Maasse, wie die Technik der Chloroformnarcose. Eine Aethernarcose kann man unter Umständen getrost dem Laien anvertrauen, wo es nöthig erscheint, eine Chloroformnarcose jedoch nicht. (Zentralbl. f. Gynäcologie, 1903, No. 1.)

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

XII. Sitzung. Donnerstag, den 19. März 1903.

Vorsitzender: Dr. K. Doepfner.

Wissenschaftlicher Theil. Krankenvorstellungen.

Dr. I. Holinger (Kranke vorstellend):

1. Diesen 57jährigen Mann sah ich zum ersten Male am 16. Februar in Consultation mit Herrn Dr. Maywit, der Ihnen noch ausführlicher über die Krankengeschichte Bericht erstatten wird. Damals bestand doppelseitige acute Mittelohreiterung mit Schwellung und Druckschmerz des Proc. mastoid.; dieser Zustand hatte sich entwickelt im Anschluss an eine Influenza. Ich spritzte beide Ohren aus und liess Eis auflegen, worauf eine wesentliche Besserung eintrat. In den nächsten Tagen entwickelte sich eine Influenza-Pneumonie mit Stupor, welche sich unter Schweissausbruch (am 20. Februar) kritisch löste. Trotzdem blieb das Bewusstsein getrübt; die Mittelohreiterung verschlimmerte sich, ebenso die Schmerzhaftigkeit der Warzenfortsätze. Ich entschloss mich deshalb zur Operation und meisselte am 23. Februar beide Warzenfortsätze auf, wobei auch das Antrum eröffnet wurde. Nach der Operation klärte sich das Bewusstsein binnen weniger Tage, und das Gehör kehrte theilweise, wenn auch langsamer, wieder zurück.

Es sind heute gerade 25 Tage seit der Operation verflossen. Die beiden Wunden sind nur noch zwei, vielleicht 3 cm lang und etwa ½ cm breit. Die vollständige Vernarbung wird höchstens noch Tage auf sich warten lassen. Die Mittelohreiterung hat vollständig aufgehört.

Im Anschlusse hieran berichtet Herr Dr. Maywit ausführlicher über die Krankengeschichte dieses Falles: Zunächst bestand eine typische Influenza, zu welcher sich bald doppelseitiger Ohrenschmerz hinzugesellte mit Schwellung beider äusseren Gehörgänge und Druckempfindlichkeit des linken Warzenfortsatzes.

es wurde deshalb Herr Dr. Holinger zu Rathe gezogen. Innerhalb von 8 Tagen entwickelte sich eine Influenzapneumonie mit Bewusstseinsstörungen und Delirien; auch ein Anfall von Convulsionen trat ein, welche sich über den ganzen Körper erstreckten (nicht focaler Natur) und etwa 10 Minuten gedauert haben sollen. Am 10. Tage nach Beginn der Erkrankung trat eine Krise ein mit Schweissausbruch und Temperaturabfall. Die Bewusstseinsstörung blieb aber bestehen, ebenso die Ohrensymptome. Dr. Holinger wurde deshalb nochmals consultirt und er entschloss sich, die doppelseitige Mastoidoperation auszuführen.

2. Dieser Junge von 7 Jahren hatte, als ich ihn am 3. März zum ersten Male sah, seit etwa 3 Wochen ab und zu Schmerzen im linken Ohre gehabt. Im Verlauf der letzten 2 Tage war bedeutende Schwellung und Schmerzhaftigkeit über dem linken Warzenfortsatz aufgetreten. Trommelfell normal. Auf Eis gingen die Symptome nicht zurück, die Schwellung breitete sich vielmehr über das Gesicht aus.

Am 5. März wurde der Junge operirt, also gerade heute vor 14 Tagen. Es fand sich eine runde Knochenfistel von 1 cm Durchmesser, welche in eine necrotische Höhle des Felsenbeines führte. Diese war mit Eiter und Granulationen ausgefüllt, nach deren Entfernung die Dura in einer Ausdehnung von 3×3 cm frei lag. Die Operationswunde ist, wie sie sehen, schon beinahe vernarbt.

Der Grund, weshalb ich diese zwei Fälle hier vorstelle, ist folgender: Als ich hier vor 8 Wochen über Mastoid-Operationen sprach und dabei constatirte, dass die Heilungsdauer in uncomplicirten, acuten Fällen 2 bis 3 Wochen betrage, wurde die Richtigkeit dieser Behauptung von Herrn Dr. I. Beck angezweifelt. Ich nehme deshalb Gelegenheit, Ihnen diese Fälle 14 resp. 25 Tage nach der Operation vorzuführen, wobei ich noch erwähnen möchte, dass keiner derselben als besonders günstig bezeichnet werden kann, weil bei dem einen ein 14tägiges schweres Krankenlager der Operation vorhergegangen war und es sich bei dem anderen um einen Extraduralabscess mit ausgedehnter Knochennecrose gehandelt hat.

3. Dieser 22jährige Mann leidet seit seiner Kindheit an einer linksseitigen Mittelohreiterung, welche jetzt nach dreiwöchentlicher Behandlung zum Stillstand gebracht ist. Die ganze hintere Trommelfellhälfte ist mit dem Promontorium verwachsen und zeigt Perlmutterglanz. Hinten oben besteht eine weite Perforation nach dem Kuppelraum und nach dem Aditus ad antrum. Der lange Hammerfortsatz ist unbeweglich mit dem Promontorium verwachsen. Der Patient wiederholt jetzt Flüsterzahlen fehlerlos auf Zimmerlänge (ca. 6 m). Ich führe Ihnen diesen Fall hier vor als einen Beweis gegen die Behauptung, dass Fixa-

tion der äusseren Gehörknöchelchen nothwendig höhere Grade von Taubheit herbeiführen müsse, eine Behauptung, die hier von mehreren Lehrbüchern aufgestellt und von vielen Otologen wiederholt wird.

4. Der vierte Patient, ein Mann von 27 Jahren, wurde mir von Dr. Radishinski überwiesen mit einer sehr übelriechenden, seit Jahren bestehenden Eiterung aus der linken Nase. Zwischen der mittleren Muschel und dem Septum zeigten sich in der Tiefe leicht bewegliche und leicht blutende Tumormassen, zwischen welchen ein dicker Strom von Eiter hervorquillt, sobald die Sonde vorgeschoben wird. Diese dringt vorn leicht über die Nasenwurzel hinauf, in der Tiefe bis in die Höhlen der Schädelbasis. Die linke Oberkieferhöhle wurde vom unteren Nasengang aus punctirt, konnte aber nicht durchgespritzt werden. Da jedoch auf der linken Wange niemals Druckempfindlichkeit oder Schwellung bestanden hatte und da ferner die Durchleuchtung negativ ausfiel, so wurde von der Möglichkeit eines Empyems dieser Höhle abgesehen. Diagnose: Empyem der Stirnhöhle und der übrigen Höhlen der Schädelbasis, vielleicht mit Sarcom der Schädelbasis. Durch eine microscopische Diagnose des Herrn Dr. Herzog wurde Sarcom ausgeschlossen; es handelte sich nur um einfache Granulationen. Dies klärt den Sachverhalt aber noch keineswegs auf: Ein einseitiges Empyem mehrerer Höhlen der Schädelbasis wäre ein Unicum, weil es eine vollständige Bilateralität sämmtlicher Höhlen voraussetzen würde, was noch niemals beschrieben ist. Dazu käme noch die weitere Abnormität des Fehlens der Verbindungen mit der Oberkieferhöhle.

Discussion. Dr. K. Doepfner: Zu den beiden ersten Fällen des Herrn Dr. Holinger möchte ich bemerken, dass dieselben vom Standpunkte des Chirurgen aus noch keineswegs als „nahezu" geheilt bezeichnet werden können; es handelt sich bei beiden um noch völlig offene, eiternde und granulirende Wunden, die zur völligen Heilung höchst wahrscheinlich nicht „Tage", sondern Wochen nöthig haben werden. Ich muss mich deshalb auf die Seite des leider heute nicht anwesenden Dr. I. Beck stellen.

XIII. Sitzung, Donnerstag, den 2. April 1903.

Wissenschaftlicher Theil.

1. Dr. Charles Spencer Williamson demonstrirt zwei pathologische Präparate:

I. *Acute gelbe Leberatrophie;* der Fall ist interessant wegen des schnellen Krankheitsverlaufes. Der Patient kam wegen eines Icterus, der seit etwa 4 Wochen bestand, in's Hospital; während der letzten 10 Stunden war eine wesentliche Verschlimmer-

ung des Allgemeinzustandes eingetreten. Am Abend nach der Aufnahme Bewusstlosigkeit mit starker Erweiterung der Pupillen, ab und zu mit Convulsionen. Abgesehen von dem hochgradigen Icterus mit kleinen Hauthaemorrhagien ergab die Untersuchung eine deutliche Verkleinerung der Leber, die am nächsten Morgen noch ausgesprochener war und am folgenden Abend mindestens 4 Querfinger betrug. Anfangs bestand leichtes Fieber (100—101), später subfebrile Temperatur. Die Urinuntersuchung ergab Leucin in reichlichen Mengen, dagegen konnte trotz aller Mühe kein Tyrosin nachgewiesen werden. Schon am ersten Abend konnte die Diagnose mit grosser Wahrscheinlichkeit auf acute gelbe Leberatrophie gestellt werden; die Untersuchung des Urins am nächsten Morgen bestätigte dieselbe mit voller Sicherheit. Am dritten Tage Exitus letalis.

Die Section ergab nichts Abnormes, abgesehen von den Veränderungen der Leber, die das typische Bild der gelben Leberatrophie zeigte. Der Fall wird in extenso veröffentlicht werden.

II. Das zweite Präparat stellt ein *Oesophagus-Carcinom* dar, dessen etwas ungewöhnlicher Sitz — 3—4 cm oberhalb der Cardia — und dessen geringe Grösse neben dem vollständigen Fehlen von Metastasen besonders bemerkenswerth ist.

Der Tumor hat die Grösse einer Haselnuss, ist von harter Consistenz und zeigt keinerlei Ulceration — ein typisches scirrhöses indurirendes Carcinom. Sie sehen eine hochgradige Dilatation mit Divertikelbildung oberhalb der Strictur, welche kaum für eine Bowman'sche Sonde durchgängig ist.

Vor vier Monaten habe ich dringend zur Operation gerathen; dieselbe wurde aber abgelehnt und der Patient in der Zwischenzeit anderswo behandelt. Später als der Zustand schon ein derartiger war, dass ein operativer Eingriff sicher tödtlich verlaufen wäre, wurde die Einwilligung zur Operation gegeben — leider zu spät; der Patient ging 12 Stunden darauf an Inanition zu Grunde.

Trotz genauester Untersuchung aller Organe und Drüsen konnten keine Metastasen gefunden werden, die Aussichten einer frühzeitigen Operation wären also sehr günstig gewesen.

Discussion. Dr. K. Doepfner: Es ist zu bedauern, dass in diesem Falle die Einwilligung zur Operation nicht zeitig genug gegeben wurde; denn die Gastrostomie ist bei solchen nicht sehr malignen Carcinomen im Stande, das Leben um 2—5 Jahre zu verlängern, ein Erfolg, der die Operation in solchen Fällen unbedingt indicirt erscheinen lässt.

2. Dr. L. E. Schmidt: *Perineale Prostatectomie.* (Autoreferat): Ich möchte mir erlauben, Ihnen hier einen kurzen Bericht über 24 von mir ausgeführte Prostatectomien vorzulegen und dann einige allgemeine Bemerkungen und Schlussfolgerungen daran anzuknüpfen.

Die überwiegende Mehrzahl dieser Prostatectomien wurde auf dem perinealen Wege ausgeführt; nur in zwei Fällen machten es die bestehenden Complicationen nöthig, die Blase von oben her zu öffnen.

Bezüglich der Technik der perinealen Operation möchte ich bemerken, dass ich anfangs stets den Zuckerkandl-Dittel'schen Schnitt benutzte, während ich in letzter Zeit den medianen, geraden Rapheschnitt bevorzuge und zwar aus folgenden Gründen: Während die Zugänglichkeit der inneren Theile bei beiden Schnitten die gleiche ist, scheint der Rapheschnitt günstigere Heilungsbedingungen zu gewähren; es wird Taschenbildung vermieden und es scheint auch die Gefahr der permanenten Fistelbildung eine kleinere zu sein. Ich habe in allen Fällen die intracapsuläre Ausschälung der Prostata vorgenommen, bei grösseren Tumoren stets durch Morcellement. Um das innere Operationsfeld zugänglich zu machen, verwandte ich Martin'sche Retractoren und Seitenhebel. Den Gebrauch der von verschiedenen Autoren empfohlenen Prostatadepressoren musste ich bald aufgeben; sie nützten wenig oder nichts, verletzten dagegen die Urethra und die Blase, und ihr Griff ist dem Operateur stets im Wege.

Es ist auffallend, wie niedrig die Mortalität der perinealen Prostatectomie sich stellt, umsomehr als man doch meist an Fällen operirt, bei denen der Allgemeinzustand ein recht schlechter zu sein pflegt.

Ich habe niemals versäumt, den Patienten vor der Operation ganz klar zu machen, dass die Ausschälung der Prostata vollständigen Verlust der Geschlechtsfunction zur Folge hat.

Was die Differential-Indicationsstellung zwischen Prostatectomie und Prostatotomie (Bottini) anbelangt, so sind dabei folgende Punkte zu beachten: zunächst scheint es mir sehr wichtig zu sein, festzustellen, ob entzündliche Veränderungen in der Prostata oder ihrer nächsten Umgebung bestehen oder nicht.

Verschiedene Autopsien und Nachoperationen haben mich überzeugt, dass das nicht so seltene Vorhandensein einer eitrigen Periprostatitis die Prognose quo ad vitam wesentlich trübt. Auch glaube ich nicht mit Unrecht behaupten zu können, dass die therapeutischen Resultate eines Bottini bei entzündeter Prostata stets schlechte sind, abgesehen natürlich von der günstigen Wirkung, die dadurch erzielt wird, dass durch die Incision der Prostata der so häufig vorhandene Zustand der chronischen Sepsis gehoben wird.

Ich glaube also, dass bei inficirten chronisch entzündlichen Fällen, wenn überhaupt, eine Operation indicirt ist, die Prostatectomie gemacht werden sollte; dafür spricht auch noch der Umstand, dass die lange Ruhestellung der Blase (infolge der permanenten Drainage) grosse Vortheile mit sich bringt.

Ich möchte noch erwähnen, dass wir auf dem perinealen Wege auch partielle Operationen sehr gut ausführen können, wie z. B. die Exstirpation von Mittellappen oder von gestielten Lappen.

Die suprapubische Prostatectomie wird dann zur Anwendung kommen müssen, wenn der Fall durch besonders grosse oder solche Steine complicirt ist, welche ganz oder theilweise in Divertikeln eingebettet sind, und ferner in jenen Fällen, wo es zur Bildung von Prostatatumoren gekommen ist, die weit in die Blase hineinragen. Bei diesen Eingriffen ist die Mortalität ungleich höher. (Im Anschlusse hieran stellt der Vortragende vier von ihm operirte Fälle vor.)

Discussion. Dr. Alfred Schirmer. Ich möchste Herrn Dr. Schmidt fragen, ob er bei seinen Fällen nie die Bildung perinealer Fisteln beobachtet hat? — Dr. L. E. Schmidt: Ja, in zwei Fällen. — Dr. Kolischer spricht sich zu Gunsten der Prostatectomie aus gegenüber der Bottini'schen Operation und begründet seinen Standpunkt damit, dass bei der letzteren die Prognose sehr unsicher sei und dass sicherlich nicht jeder Fall von Prostatitis durch die Bottini'sche Operation geheilt werden könne. Im Uebrigen verwirft auch Dr. Kolischer den Gebrauch der sog. Depressoren, weil sie gewöhnlich die Urethra verletzen und dadurch zu späteren Stricturen Veranlassung geben. — Dr. L. Schmidt (Schlusswort) erläutert auf eine Anfrage des Herrn Dr. Doepfner an Hand einer Zeichnung den Grund, weshalb in zwei Fällen der hohe Blasenschnitt nöthig wurde, es handelte sich in beiden Fällen um grosse Blasensteine die in Divertikel eingebettet waren.

XIV. Sitzung, Donnerstag, den 16. April 1903.

Wissenschaftlicher Theil.

1. Dr. K. Doepfner stellt einen Patienten vor mit *künstlichem Kehlkopf*, welchem der verstorbene Prof. Fenger im Februar 1902 wegen Carcinom den Larynx total extirpirt hatte. (Autoreferat.) Der Trachealstumpf war circular in die Haut eingenäht und der Pharynx sofort verschlossen worden. Dieser Patient war nun nicht so glücklich im Laufe der Zeit durch Uebung eine brauchbare Flüsterstimme oder gar eine Pharynxstimme zu erlangen, wie das von einer ganzen Anzahl von Laryngectomirten berichtet wird. Der Grund, warum das diesem sehr intelligenten und energischen Manne nicht glückte, ist wohl darin zu suchen, dass der Pharynx durch Narbencontractur zu eng geworden war, um für eine brauchbare Flüsterstimme genug Luft erhalten zu können. Die primäre Pharynxnaht hatte nämlich wegen Infection nicht gehalten, so dass verschiedene Nachoperationen nöthig waren, um die sich bildenden Rachenfisteln zu schliessen.

Um seinem Geschäfte vorstehen zu können, musste aber der Mann eine verständliche Stimme haben. Wir bestellten daher von Windler in Berlin den von Prof. Dr. Gluck erdachten künstlichen Kehlkopf. Das Princip dieses sinnreichen Instruments ist kurz folgendes: In die Trachealcanüle lässt sich leicht eine hohle Aluminium-Capsel einschieben, welche innen stimmbandartig zwei lose, breite Gummibänder trägt. Der hier durch den Expirationsstrom hervorgerufene, natürlich unarticulirte Ton wird nun durch einen Gummischlauch dorthin geleitet, wo er mit der Articulation in Zusammenwirkung treten kann, also in den Pharynx und zwar durch die Nase. Eine bulbusartige Anschwellung am Gummischlauche dient dazu, denselben bequem im Nasenloche zu befestigen. Durch das freigebliebene Nasenloch oder Mund oder beide zusammen pumpt nun der Patient Luft durch denselben Gummischlauch, die Phonationsprothese und die Trachealcanüle in die Lunge. Auf dem gleichen Wege athmet er auch aus. Will er phoniren, so braucht er nur etwas mehr Expirationsluft durch den Apparat zu treiben, um die Gummibänder „anzublasen" und zum Klingen zu bringen. Unser Patient that das bis jetzt noch unter leichter Zuhülfenahme der Muskeln, die sonst nur bei angestrengter Expiration thätig sind, also den Bauchmuskeln. Er braucht aus diesem Grunde die „Stimme" nur wenn es wirklich nöthig ist. Uebrigens ist der Prothese ein Apparat beigegeben, der eine „laute" Flüsterstimme erlaubt, ohne dass die genannten Muskeln angestrengt werden.

Unser Patient sprach sofort wie er die Prothese zum ersten Male probirte. Reizung der Nasen- und Rachenschleimhaut ist nie eingetreten. Das Instandhalten des Apparates, Auswechseln der Gummibänder, Reinigen kann jeder halbwegs vernünftige Mensch selbst besorgen. Die ganze Prothese ist überhaupt so einfach, dass man nur staunen muss, dass es mehrere Dezennien dauerte, bis sie ein findiger Geist erdachte.

Discussion. Dr. H. Schiller: Der Hauptvortheil der Gluck'schen Phonationscanüle scheint mir weniger in der Verbesserung der Stimme als in der Ermöglichung der Nasenathmung zu liegen, deren Vortheile keiner weiteren Erörterung bedürfen. Es wäre deshalb angezeigt, dem Patienten den Rath zu geben, die Canüle möglichst fortwährend und nicht nur zum Sprechen zu verwenden, besonders aber in staubigen Räumen, in der Kälte u. s. w., um auf diese Weise der Vorzüge der Nasenathmung gerade dann theilhaftig zu werden, wenn dieselbe am meisten erwünscht erscheint. Auch die Gussenbauer'sche Phonationscanüle leistete Gutes, wie der vor 17 Jahren publicirte Fall einer Extirpatio laryngis wegen Carcinom beweist. Der Patient — ein Reitlehrer — ertheilte, die Gussenbauer'sche Canüle benutzend, noch viele Jahre nach der Operation Reitunterricht. — Dr. I. Holinger: Die Laryngologen sprechen im Allge-

meinen mehr der partiellen Extirpation vom Munde aus das Wort, und dies ist auch ganz natürlich, weil sie die Diagnose meist früh stellen können; allerdings lässt sich die endolaryngeale Operation nur bei ganz kleinen Carcinomen ausführen. Recidive kommen natürlich vor aber verhältnissmässig selten. — Dr. Doepfner (Schlusswort): Nach der Statistik von Sendziak ist die endolaryngeale Operation von 39 Procent Recidiven gefolgt, während die Totalextirpation nach den Statistiken der verschiedenen Operateure nur 6—20 Procent aufweist. Der demonstrirte Apparat ist meiner Meinung nach noch verbesserungsfähig und ich hoffe, dass es uns gelingen wird, durch Aenderungen an der schwingenden Membran eine Verbesserung der noch sehr näselnden Stimme herbeizuführen.

2. Dr. H. Schiller verliest einen Vortrag: *„Ueber die Behandlung des Empyema thoracis."*

Discussion. Dr. A. Schirmer: Ich mache die empfohlene Operation schon seit langer Zeit mit gutem Erfolg und benutze dabei Thymolausspülungen der Pleuralhöhle mit guten Resultaten. — Dr. A. B. Keyes: Wenn der Patient sich in Rückenlage befindet, so liegt — nach Laennec — der tiefste Punkt der Pleuralhöhle in der Gegend des unteren Winkels der Scapula. Da derartige Patienten meist auf dem Rücken liegen, empfiehlt es sich, die genannte Stelle zu wählen für die operative Eröffnung der Pleuralhöhle. — Dr. K. Doepfner: Ich möchte den Vortragenden fragen, was er unter „Toilette der Pleura" verstanden wissen will. — Dr. H. Schiller: Auswaschen der Pleura mit langen, gestielten Tupfern, mit welchen auch Adhaesionen gelöst werden. — Dr. G. Schmauch: Da die Frage angeregt wurde, ob die Punction bei Empyem auch einmal seröse Flüssigkeit ergeben kann, möchte ich Ihnen kurz die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles hier vorlegen: Ich wurde vor Kurzem zu einem Bäckermeister gerufen, der von einem anderen Arzte wochenlang an Influenza behandelt worden war. Der allgemeine Eindruck, den ich von dem Patienten bekam, war der eines Schwerkranken; sein Puls war dauernd 120—130, Temperatur 99—100°. Der Mann hatte etwa 30—40 Pfund an Gewicht verloren, seine Zunge war eigenthümlich himbeerroth; sonst objectiv ausser einer Vergrösserung der Leberdämpfung nach oben und unten hin nichts nachzuweisen. Die objectiven Beschwerden bestanden in einer diffusen Schmerzhaftigkeit der ganzen Lebergegend mit zeitweise stark in der rechten Schulter ausstrahlenden Schmerzen. Ich beobachtete den Patienten zunächst einige Tage in Bettruhe und konnte ein deutliches Aufsteigen der Dämpfung wahrnehmen. Dies bestärkte mich in der Annahme, dass es sich um eine tuberculöse Pleuritis handle. Die Lungen waren, wie bereits bemerkt, in ihrem objectiven Befunde

unverändert; Sputum nicht vorhanden. Zur weiteren Illustration füge ich noch hinzu, dass der Patient im vorhergehenden Winter eine ganz ähnliche Krankheit überstanden hatte, nur war dieselbe mit mehrmaligen täglichen Schüttelfrösten einhergegangen. Die Diagnose war damals auf Malaria gestellt worden, ob mit Recht, scheint mir bei der ungeheuren Seltenheit dieser Krankheit hier recht zweifelhaft zu sein. Damals hatte die Krankheit nach einem schweren Schmerzanfall plötzlich von selbst aufgehört. Diese eigenthümliche Vorgeschichte brachte mir den Gedanken nahe, dass vielleicht ein Leberabscess vorläge, der in die Pleura durchgebrochen war. Die Punction sollte darüber entscheiden: im 6. Intercostalraum in der hinteren Axillarlinie vorgenommen, ergab sie völlig klare Flüssigkeit; auch microscopisch keine Leucocyten. Das Exsudat war mittlerweile bis zur Mitte der Scapula vorgedrungen. Vierundzwanzig Stunden später nahm ich mit Hülfe eines Chirurgen (Dr. Doepfner) auf Drängen des Patienten und weil sich der Allgemeinzustand immer mehr verschlimmerte eine Aspiration des Pleuralinhaltes vor und war sehr erstaunt, nun Eiter zu finden. Wir liessen dem Patienten etwa 1½ Liter röthlichen Eiters ab, der keinen üblen Geruch aufwies und tinctoriell bacterienfrei war. Die Lunge dehnte sich daraufhin gut aus, die Leberdämpfung ging zurück, der Patient erholte sich aber nicht, so dass die in Aussicht genommene Rippenresection nicht mehr stattfinden konnte. Nach 4—5 Tagen trat unter Herzschwäche der Tod ein. Hätte man in diesem Falle die Punction an mehreren Stellen vorgenommen, so wäre der Eiter wohl sofort aufgefunden worden; Rettung hätte dies dem Patienten wohl auch nicht gebracht. Dass in diesem Falle eine Sedimentirung stattgefunden haben könnte, möchte ich bestreiten, weil der Patient ja nicht zu dauernder Rückenlage gezwungen war. Mir ist die Annahme wahrscheinlicher, dass es sich dabei um abgesackte seröse Exudate gehandelt hat oder vielleicht um einen serösen Erguss, der dem Durchbruch des Abscesses in die Pleura voranging. Die Diagnose des Leberabscesses ist in diesem Falle keine absolut sichere, weil die Autopsie nicht gestattet wurde; sie ist aber nach dem ganzen Krankheitsbilde sehr naheliegend. — Dr. E. Ries: Ich möchte den Herrn Vortragenden fragen über seine Erfahrung bezüglich Communicationen des Empyems mit den Bronchien? — Dr. H. Schiller (Schlusswort): Eine Communication der Empyemhöhle mit den Bronchien kann resultiren: 1) aus einem Durchbruch des Empyems in die Bronchien, 2) durch Lungengangrän, die das primäre Leiden sein kann, 3) nach Traumen. So sah ich nach Pneumonie eine Gangrän der Lunge mit folgendem Empyema thoracis eintreten, die fast den ganzen Mittellappen betraf. Nach Resection zweier Rippen drängten sich die offenen Lumina der Bronchien wie die Löcher einer Bienenwabe in die Wunde.

Durchbruch des Empyems in die Lunge macht die Rippenresection nicht unnöthig. Nur in wenigen Fällen brachte der Durchbruch wirklich Heilung, dagegen ist das Expectoriren des oft übelriechenden Eiters für den Patienten höchst lästig, auch erzeugt die mangelhafte Drainage häufig Fieber, und der oft quälende Husten im Verein mit der Thatsache, dass der Durchbruch nur selten complette Heilung bringt, fordern zur Rippenresection auf, welche die beste Drainage ermöglicht und den Patienten auf dem raschesten Wege der Heilung zuführt. Eine bestehende Communication mit den Bronchien setzt nur in Fällen von ausgedehnter Lungengangrän der Heilung ein wirkliches Hinderniss entgegen. In solchen Fällen werden oft nur ausgedehnte Lappenplastiken und vielleicht auch dann nur nach herbeigeführter Obliteration der Bronchiallumina zur Heilung der Lungenfistel führen.

3. Dr. I. Holinger theilt bezügl. des in der Sitzung vom 19. März vorgestellten Falles von Empyem sämmtlicher Nebenhöhlen der Nase mit Ausnahme der Highmore's Höhle mit, dass sich inzwischen herausgestellt hat, dass auch diese Höhle Eiter enthielt. Die Granulationsmassen in der Nase verschwanden allmählich, ebenso das Empyem der Stirnhöhle.

XV. Sitzung: Donnerstag, den 7. Mai 1903.

Wissenschaftlicher Theil.

1. Dr. D. Lieberthal stellt eine 18jährige Kranke vor, welche an *Lichen planus* leidet. Er weist besonders auf die Schleimhauteruptionen der Unterlippe, Zunge und Wangenschleimhaut hin und bespricht die differentialdiagnostisch wichtigen Punkte.

2. Dr. E. Ries: Casuistische Mittheilungen mit Demonstrationen pathologischer Präparate:

1) *Appendicitis acuta.*

3) Drei *Nierensteine*, durch Nephrolithotomie entfernt.

3) *Mammacarcinom*, welches unter Röntgenstrahlenbehandlung (von einem Kurpfuscher 13 Monate lang fortgesetzt!) von Pfenniggrösse zu einem doppelfaustgrossen Tumor ausgewachsen war.

4) *Vulvacarcinom*, extirpirt unter Mitnahme der Leistendrüsen.

5) *Uteruscarcinom*, anscheinend auf die Vorderlippe beschränkt, nach der vom Vortragenden 1895 vorgeschlagenen Methode radical inclusive der Drüsen entfernt.

6) Resecirte *Strictur des Vas deferens.* Anastomose.

Discussion. Dr. Carl Beck ist mit Bezug auf Fall 5 der Ansicht, dass dem Vortragenden am meisten Credit dafür gebührt, dass er im Stande war, bei einem so kleinen Carcinom die Diagnose zu stellen. Dr. Beck hatte Gelegenheit, bei Wertheim eine ganze Reihe von dessen Fällen mit anzusehen; dieser Autor hat nur in 35 Procent der Fälle Veränderungen der Drüsen gefunden. Eine Anastomosirung des Vas deferens hält Dr. Beck für eine problematische Sache, einmal weil die Operation bei dem kleinen Lumen technisch äusserst schwierig sein muss und zweitens weil er fürchtet, dass an der Stelle der Anastomosirung doch wieder eine Strictur eintreten und den Erfolg der Operation in Frage stellen wird. Ausserdem kann die Azoospermie auch durch Veränderungen im Testikel selbst verursacht sein. — Dr. G. Schmauch: Der Vortragende hat uns eine solche Menge interessanter Operationsfälle vorgeführt, dass ein näheres Eingehen auf das einzelne Object wohl zu weit führen würde. Bezüglich des Falles mit den Nierensteinen möchte ich bemerken, dass das Röntgenbild bei Nierensteinen gewöhnlich keine verwertbaren Resultate giebt. Die vorliegenden Steine scheinen allerdings, nach ihrer Maulbeerform zu urtheilen, aus Uraten zu bestehen. Phosphatsteine geben, wie vielfach bestätigt, keine zuverlässigen Bilder, zumal es sich meist um fettleibige Personen zu handeln pflegt. Zu dem Fall von Totalextirpation des Uterus muss ich bemerken, dass ich auf einem völlig anderen Standpunkt stehe. Wir entfernen in Berlin grundsätzlich jedes gut operable Carcinom per vaginam. Vorderhand kann man noch kein definitives Urtheil fällen über eine evtl. Ueberlegenheit der einen oder anderen Methode. Wir sind mit unseren 20 proc. Heilungen (noch nach 5 Jahren) bei einer Mortalität von etwa 5 Procent vorläufig ganz zufrieden. Wir haben zeitweise sogar Serien von 100 Operationen ohne Todesfall gehabt. Solange die Mortalität der abdominalen Totalextirpation noch eine so hohe ist, muss sich der Arzt wohl überlegen, ob er die gefährlichere radicale Operation anräth oder die ganz ungefährliche vaginale Totalextirpation empfiehlt, auch wenn letztere wirklich nicht eine radicale Heilung herbeizuführen im Stande wäre. Weiterhin ist auch noch in Betracht zu ziehen, dass mit der Entfernung der Ovarien die Frauen den mitunter recht unangenehmen Ausfallserscheinungen ausgesetzt werden. Dass die Parametrien bei der abdominalen Operation ausgiebiger entfernt werden können als bei der vaginalen ist selbstverständlich. Die Frage ist aber die, sollen solche Kranke überhaupt noch operirt werden? Ich hatte Gelegenheit, der letzten Operation von Dr. Ries beizuwohnen und habe mich über die ausgedehnte Freilegung der Ureteren gewundert: ich möchte deshalb den Vortragenden hier fragen, ob er nie Ureterenfisteln in Folge nachträglicher Necrose beobachtet hat? Was den Fall von begin-

nendem Carcinom des Uterus anlangt, so setzt mich die grosse Menge der erkrankten Drüsen in Erstaunen und lässt mich daran denken, ob nicht vielleicht irgendwo noch ein anderes Carcinom vorgelegen habe. Vergrösserte Drüsen findet man bei jedem Menschen, wie man sich bei jeder Section überzeugen kann, der lymphatische Apparat der Leibeshöhle hat eben soviel mit der Bewältigung toxischer Stoffe des Darmes zu thun, dass daraus wohl eine stationäre Vergrösserung der Drüsen entstehen kann. Was das Vulvacarcinom betrifft, so müssen wir zugeben, dass geheilte Fälle zu den grössten Seltenheiten gehören. Meistens handelt es sich aber um sehr alte Personen und glücklicherweise schreiten diese Carcinome sehr langsam fort. — Dr. L. Maywit: Anknüpfend an die Appendicitisoperation möchte ich über einen interessanten Fall von rheumatischer Appendicitis aus meiner Praxis berichten. Die 42jährige Patientin hatte seit Jahren öfters Schmerzen in der rechten Darmbeingrube verspürt und zweimal (vor 20 Jahren und vor 11 Jahren) acuten Rheumatismus durchgemacht. Die jetzige Erkrankung begann mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite angeblich nach Ueberanstrengung beim Heben. P.: 78; T.: 99. Zunge etwas belegt, Verstopfung, kein Erbrechen aber Brechreiz. Kein Druckschmerz am McBurney'schen Punkt, wohl aber hinten in der Lumbalgegend am Quadratus lumborum nahe der Wirbelsäule; es lag also eine retrocoecale Appendicitis vor. Ich behandelte sie wie alle meine Fälle von Appendicitis, nach der von Ochsner vorgeschlagenen Methode: Eisbeutel local, absolute Nahrungsentziehung per os, Ernährung und eventuelle Wasserzufuhr per rectum. Am 5. Tage konnte ich einen kleinen Tumor hinten durchfühlen, der in den nächsten Tagen allmählich bis zu Hühnereigrösse zunahm und auch seitlich fühlbar wurde. Am 7. Tage traten Schmerzen und Gelenkschwellung im linken Knie auf und bald wurden auch andere Gelenke ergriffen; ausserdem stellten sich in der 2. Krankheitswoche noch folgende Complicationen ein: Pericarditis, Pleuritis (erst links dann rechts) und eine Endocarditis. Die Appendicitis und mit ihr die Darmobstruction verschwand innerhalb 12 Tagen, auch die Gelenkentzündungen wichen unter Salicylbehandlung in Salbenform. Gegenwärtig (nach drei Wochen) hat die Patientin zwar noch mit den Complicationen zu kämpfen, die aber alle im Rückgange begriffen sind. Dass Appendicitis als Theilerscheinung eines acuten Rheumatismus auftreten kann, wurde erst vor einigen Jahren erkannt. Adrian berichtete im vorigen Jahr in den „Grenzgebieten der inneren Medicin und Chirurgie" aus der med. Klinik in Strassburg über 7 Fälle von denen 6 conservativ behandelt und einer operirt wurde; alle genasen. Vergangenes Jahr berichtete Feeney in „American Medicine" aus Johns Hopkins Hospital über 3 Fälle, die sämmtlich operirt wurden und ebenfalls genasen. Die Appendicitis

kann den Gelenkrheumatismus einleiten oder im Verlaufe oder selbst nach Ablauf desselben auftreten; bei den operirten Fällen wurde kein Kothstein im Appendix gefunden, letzterer war stets nur catarrhalisch entzündet. — Dr. R i e s (Schlusswort): Herrn Dr. S c h m a u c h möchte ich zunächst entgegenhalten, dass laut neuesten Veröffentlichungen aus der Berliner Frauenklinik auch dort Fälle gefunden worden sind, wo Drüsen carcinomatös erkrankt waren, obgleich das Carcinom des Uterus noch sehr klein und auf den Uterus beschränkt war. Dass in dem einen Fall mit starker Veränderung der Drüsen etwa noch ein zweites Carcinom irgendwo vorhanden gewesen sein könnte, ist so gut wie ausgeschlossen, weil die Frau heute, etwa 2 Jahre nach der Operation, noch lebt und gesund ist. Uebrigens versäume ich nie, vor jeder Extirpation, die grossen Drüsen der Bauchhöhle soweit wie möglich abzutasten. Ureterenfisteln sind mir nach der Totalextirpation nicht begegnet. Herrn Dr. B e c k möchte ich erwidern, dass ich mich gar nicht wundere, wenn W e r t h e i m nur in 35 Procent Erkrankung der Lymphdrüsen findet, er räumt nämlich nicht principiell alle erreichbaren Drüsen aus, sondern „pickt" nur diejenigen aus, die ihm verändert erscheinen. Nun ist es aber, wie ich früher schon nachgewiesen habe, absolut unmöglich, ohne microscopische Untersuchung lediglich aus äusseren Merkmalen, wie Grösse, Consistenz oder Aussehen einer Drüse, zu bestimmen, ob dieselbe erkrankt ist oder nicht. Um sicher zu gehen, müssen wir demnach principiell alle in Betracht kommenden Lymphdrüsen entfernen. Bei dieser Methode habe ich in 60 Procent der Fälle Veränderungen der Drüsen gefunden. Bezüglich der Azoospermie auf gonorrhoischer Basis habe ich bei der Untersuchung von 100 Testikeln gefunden, dass meist eine Strictur des Vas deferens verantwortlich gemacht werden muss, und dass der Hoden selbst meist wenig verändert ist. Was die eventuelle Entwickelung einer secundären Strictur an der Anastomosirungsstelle anbelangt, so glaube ich, dass wir schon viel erreicht haben, wenn es uns gelungen ist, das Vas deferens auch nur für eine Reihe von Wochen für das Sperma durchgängig gemacht zu haben. Dr. L. H. A b e l e.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber die *Wirkung intravenöser Collargolinjectionen bei septischen Erkrankungen* veröffentlicht H e r m a n n S c h m i d t höchst interessante Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses in Dresden-Johannstadt, woraus folgende Punkte besonders hervorgehoben zu werden verdienen: Von der Einreibungscur mit colloidaler Silbersalbe dürfen wir dann eine Besserung, bezw. Heilung erwarten,

wenn einerseits die Krankheit noch nicht zu weit vorgeschritten ist, noch nicht zu multiplen Abscessbildungen geführt hat und die Widerstandskraft des Körpers noch nicht zu tief gesunken ist, und wenn andererseits die Beschaffenheit der Haut zur Aufnahme geeignet ist. Die Inunction ist nicht erfolgreich durchführbar, wenn die Haut infolge hohen Alters oder Cachexie zu blutarm, zu mager und zu lederartig ist, und wenn den Kranken durch jede Bewegung oder Berührung heftige Schmerzen verursacht werden. In solchen Fällen ist die intravenöse Injection angezeigt. Bezüglich der Technik der letzteren verbreitet sich Verf. in ausführlicher Weise.

Das bisherige Collargol, welches beträchtliche Mängel in Bezug auf Löslichkeit, Haltbarkeit u. s. w. aufwies, ist seit Mai vorigen Jahres durch ein neues, wesentlich verbessertes Präparat ersetzt worden, welches allen Ansprüchen wohl genügen dürfte. Dieses verbesserte Callorgol stellt silberglänzende Schuppen und Körner dar, die sich im Verhältniss 1:20 leicht und vollkommen in destillirtem Wasser und reinem Brunnenwasser lösen. Es verändert sich auch bei längerem Aufbewahren in Wärme und Kälte nicht und ist als concentrirte Lösung, ohne vor Licht und Wärme besonders geschützt werden zu müssen, lange Zeit, ohne sich zu verändern oder abzusetzen, aufzubewahren. Die Lösungen sind chemischen Substanzen gegenüber viel weniger empfindlich, als die des alten Collargols. So gestattet es das Präparat, dass es vom Apotheker und Arzt in Substanz oder in Lösung in brauchbarem Zustande sehr lange aufbewahrt werden, und, da es sich selbst steril hält, ohne jede Maassnahme sofort verwandt werden kann. Die Lösung ist so unempfinlich gegen Wärme, dass sie sogar gekocht ihre bactericiden Eigenschaften nicht verliert, wenigstens soweit es sich um Bacterienwachsthum ausserhalb des menschlichen Körpers handelt.

Die Unempfindlichkeit des Collargols gegenüber Salzen und Säuren ist derartig, dass es im Nothfalle auch in abgekochtem Wasserleitungswasser gelöst werden kann, ohne nennenswerth an Leistungsfähigkeit zu verlieren. Bacterien gegenüber besitzt es keine sehr grosse abtödtende, aber eine ganz ausserordentlich grosse hemmende Kraft. Lösungen 1:50 tödten virulente Staphylococcen erst nach etwa zehn Stunden ab, während eine Lösung von 1:5000 schon nach einigen Minuten das Wachsthum von Bacterien hemmt. In einer Lösung, die dem wahren Lösungsverhältniss im Blute nach intravenöser Einspritzung entsprechen würde, tritt die wachsthumshemmende Wirkung schon nach wenigen Stunden ein, wie aus dem klinischen Bilde in allen nicht zu sehr complicirten Fällen klar ersichtlich ist.

Zu erwähnen ist noch, dass die Zusammensetzung der Collargolsalbe (Unguentum C r e d é) gegen früher etwas verändert worden ist. Bisher wurde sie mit Benzoesäure versetzt die bei längerem Stehen öfters auscrystallisirte und zarte Gewebe leicht reizte. Jetzt wird eine Spur Vanillin als Geruchscorrigens der Salbe zugesetzt und ist hierdurch auch der geringste Reiz ausgeschlossen, so dass die Salbe ohne weiteres z. B. in der Augentherapie angewandt werden kann.

Zur Vorbereitung für die Injection wird der Kranke an die Bettkante gerückt, um die Extremität, an welcher man die Injection vornehmen will, bequem herabhängen lassen zu können und um schon dadurch eine venöse Stauung in derselben zu erzeugen. Nach einigen Minuten wird dieselbe central mittels einer kräftigen Binde oder eines Gummischlauches umschnürt, so dass ein weiteres Hervortreten der Vene stattfindet. Nach gehöriger Desinfection des Gebietes wird die Injection vorgenommen, zu welcher Verf. eine 5—10 ccm haltende Spritze oder auch eine Pravazspritze benutzt. Die ausgekochte und dann mit sterilem Wasser — hierzu ist nicht unbedingt destillisirtes Wasser nöthig — durchgespritzte Canüle wird nun, während ein Assistent die Extremität fixirt, in der Längsrichtung der Vene die Haut hindurch in das Lumen der Vene eingestochen. Dass die Spitze der Canüle im Lumen der Vene sich befindet, ist sofort daran kenntlich, dass das Blut in Tropfen aus der Canüle hervorquillt. Ist dies der Fall, so setzt man die Spitze auf, zieht den Stempel der nicht ganz gefüllten Spritze zurück, um etwa vorhandene Luft nach oben zu bringen, lässt dann die Extremität im ganzen bis mindestens zur Horizontalen erheben, ebenfalls um etwaige Luftblasen nach oben steigen zu lassen, und lässt endlich die das Glied umschnürende Bindentour durchschneiden. Sodann wird, während die Nadel leicht angezogen wird, um ein Durchspiessen der Venewand zu vermeiden, die Injection langsam vorgenommen und zwar dergestallt, dass etwa alle 5—10 Secunden der Spritzenstempel um ein bis zwei Theilstriche weiter vorgeschoben wird. Ist die gewünschte Menge injicirt, so wird die Spritze mit der Canüle herausgezogen und die Stichwunde mit einem Stückchen Heftpflaster, dem man eventuell noch etwas Mull unterlegen kann, geschützt. In den meisten Fällen gelingt es auf die beschriebene Weise leicht, mit der Canüle in diese Vene oder in eine andere, z. B. des Handrückens, Unterschenkels oder Fussrückens hineinzukommen. Treten aber, wie dies bei sehr anämischen, cachectischen oder sehr fetten Personen bisweilen der Fall ist, trotz Stauung und Abschnürung die Venen nur sehr wenig oder gar nicht hervor, so legt man mit dem Messer irgend eine oberflächliche, durch Abschnürung gestaute Vene, am besten wieder eine Mediana, frei. Die Vene braucht dabei nicht ringsum freigelegt zu werden, sondern nur an ihrer vorderen Wand. Die Injection wird dann in der beschriebenen Weise vorgenommen. Eine Naht schliesst die kleine Wunde.

Was nun die Menge des einzuführenden Collargols betrifft, so hat Verf. früher wegen der schweren Löslichkeit des alten Präparates nur ½ oder 1 procentige Lösungen verwandt und hiervon 5—20 ccm auf einmal injicirt, je nach der Schwere des Falles. Jetzt verwendet er von dem neuen Präparat 2 oder 5procentige Lösungen und ist hierdurch in der Lage, bei schweren Fällen auch eine grössere Menge Silbers durch eine Injection dem Körper einzuverleiben. Die 5procentige Lösung wird mit der Pravaz'schen Spritze verabreicht, und diese Art des Vorgehens dürfte sich für den practischen Arzt wahrscheinlich als die angenehmste und gangbarste erweisen.

Da das durch die intravenöse Injection dem Körper einverleibte Sil-

ber verhältnissmässig rasch wieder ausgeschieden wird, so ist es in schweren Fällen oft nöthig, die Injection nach 24 Stunden, auch schon nach 12 Stunden, zu wiederholen.

Die Injection selbst macht keine sichtbaren Einwirkungen unangenehmer Art. Der Kranke fühlt nur den Nadelstich. Puls und Respiration bleiben unverändert. Der früher häufig aufgetretene Frost einige Stunden nachher wird bei dem neuen Präparat nicht mehr beobachtet. Erst nach einigen Stunden, meist nach 4—6, beginnt die Wirkung des Mittels sich zu zeigen. In weniger schweren und nicht complicirten Fällen wird sich zunächst ein geringeres Krankheitsgefühl geltend machen. Es werden die nervösen Erscheinungen, wie Unruhe, Kopfweh oder Benommenheit zurückgehen, der Kranke hat, wie er angiebt, einen klaren Kopf, er sieht frischer aus, er ist theilnehmender, es stellen sich Neigung zum Schlaf und Appetit ein. Gewöhnlich ist auch ein leichter Schweissausbruch da und häufig, meist nach 7—8 Stunden, eine Anregung der Darmthätigkeit. Entweder zugleich mit dieser ganz auffälligen, oft geradezu verblüffenden Besserung des Allgemeinbefindens oder erst einige Stunden später macht sich der oft sehr starke Abfall der Temperatur und des Pulses bemerkbar und der Kranke geht in einfachen, nicht sehr virulenten Fällen oft schon nach dieser einmaligen Injection in Genesung über.

Anders verhalten sich sehr schwere oder mit Abscessbildungen complicirte Fälle. Bei ersteren, den schweren, wird man auch in erster Linie die Besserung des Allgemeinbefindens beobachten, und es werden auch die Temperatur und der Puls etwas zurückgehen; aber mit der Ausscheidung des Silbers wird auch ein Wiederansteigen der septischen Erscheinungen sich einstellen, so dass man genöthigt ist, die Injection mehr oder weniger bald und oft zu wiederholen.

Handelt es sich um Fälle, welche mit primären Abscessbildungen complicirt sind, so wird man zwar auch meist eine deutliche und andauernde Besserung des Allgemeinbefindens, wenn auch oft weniger gross, beobachten, aber Temperatur und Puls werden gleichmässig oder remittirend hoch bleiben und nur wenig beeinflusst werden, bis der Eiter entleert ist. Handelt es sich aber um eine Pyämie mit multiplen metastatischen Abscessen in den inneren Organen, so wird der Fall auch trotz intravenöser Injection eine ungünstige Prognose geben; denn man kann nicht erwarten, dass man durch die Injection ausserhalb des Saft- und Blutstromes liegende Abscesse beeinflusst, wenn auch in seltenen Fällen der Körper mit oder ohne Hülfe der allgemeinen Desinfection solche Herde noch abzucapseln und unschädlich zu machen vermag.

Dass moribunde Kranke und solche, bei denen die Leistungsfähigkeit von Herz und Vasomotoren nahezu erschöpft ist, auch durch die intravenöse Injection nicht gerettet werden können, darf ebensowenig Wunder nehmen, als dass auch durch Seruminjectionen solche Fälle von Diphtherie unbeeinflusst bleiben. Bei allen noch zu heilenden Kranken werden wir nach Beseitigung der Sepsis eine ganz auffallend rasche Reconvalescenz beobachten, im Gegensatz zu der schleichenden Genesung mit Neigung zu Rückfällen bei nicht coupirter Sepsis.

Um jeden Zweifel an der vortrefflichen Wirkung des Collargols zu beseitigen führt Verf. 24 Krankengeschichten an nebst 9 Temperaturcurven, auf die jedoch an dieser Stelle leider nicht näher eingegangen werden kann, ebenso wenig wie auf den interessanten Abschnitt über die Wirkungsweise des löslichen Silbers im Organismus.

Auf alle Fälle hält sich Sch. für berechtigt, zu behaupten, nachdem nunmehr sechs Beobachtungsjahre verflossen sind und zahlreiche ernste Arbeiten vieler hervorragender Aerzte seine Behautpungen bestätigen, dass wir in dem Collargol ein ausserordentlich werthvolles Hülfsmittel in der Bekämpfung der verschiedensten infectiösen Krankheiten gewonnen haben, das einen hervorragenden Platz in der Therapie wohl für immer behaupten dürfte.

Wenn auch für die Bekämpfung einiger infectiöser Erkrankungen sich vielleicht glänzende Aussichten eröffnen durch die weitere Ausbildung der Serumtherapie, so wird es doch sicher grosse, in vielen Fällen unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten, die für die exacte Durchführung der Behandlung jeder einzelnen Erkrankungsart erforderliche strenge Isolirung der verschiedenen Bacterienarten derselben Gattung zu erzielen und für jede dieser speciellen Arten ein Immunserum herstellen zu können, wie dies Piorkowsky in seinem auf der Naturforscherversammlung in Karlsbad gehaltenen Vortrage fordert. Diese für jede septische Erkrankungsform nothwendige Specialisirung des Heilserums bedingt aber eine für die practische Durchführung der Serumbehandlung fast unüberwindliche Schwierigkeit, so dass die Verallgemeinerung dieser Behandlung wohl noch in weiter Ferne liegen dürfte, wenn sie überhaupt durchführbar wird. Durch das Collargol ist aber eine Bekämpfung verschiedener Infectionskrankheiten zu jeder Zeit und an jedem Orte gewährleistet, und zwar in bequemster und billigster Weise.

Was die Aufbewahrung des Mittels betrifft, so schlägt Sch. den Collegen vor, dass sie in einem weithalsigen, braunen Gefässe sich etwa 25 g einer 5procentigen Collargollösung vorräthig halten und für eine gute Pravaz'sche Spritze mit etwas stärkeren Ansätzen sorgen. Obwohl kaum anzunehmen ist, dass sich diese Lösung im Laufe von Monaten zersetzt, so würde ein einfaches Verfahren sofort klar stellen, ob sie noch brauchbar ist oder nicht. Wenn nämlich von dieser Lösung etwas in destillirtes oder reines Wasser gegossen wird, so muss sich eine braune, klare Färbung zeigen, während bei dem zersetzten Präparat eine graue Suspension entsteht.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, Juni 1903. No. 6.

ORIGINALARBEITEN.

Typhus abdominalis und Trinkwasser.

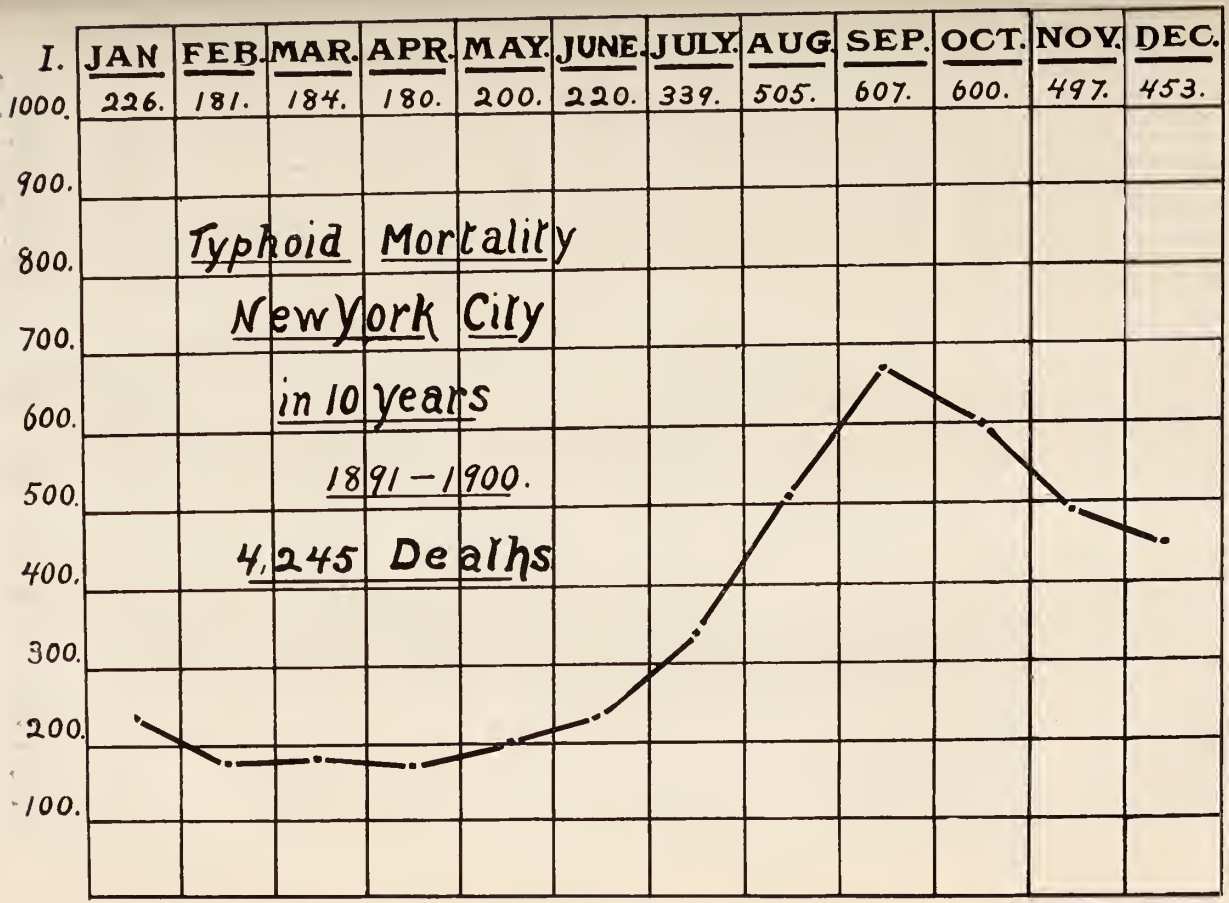
Von Dr. A. Seibert.

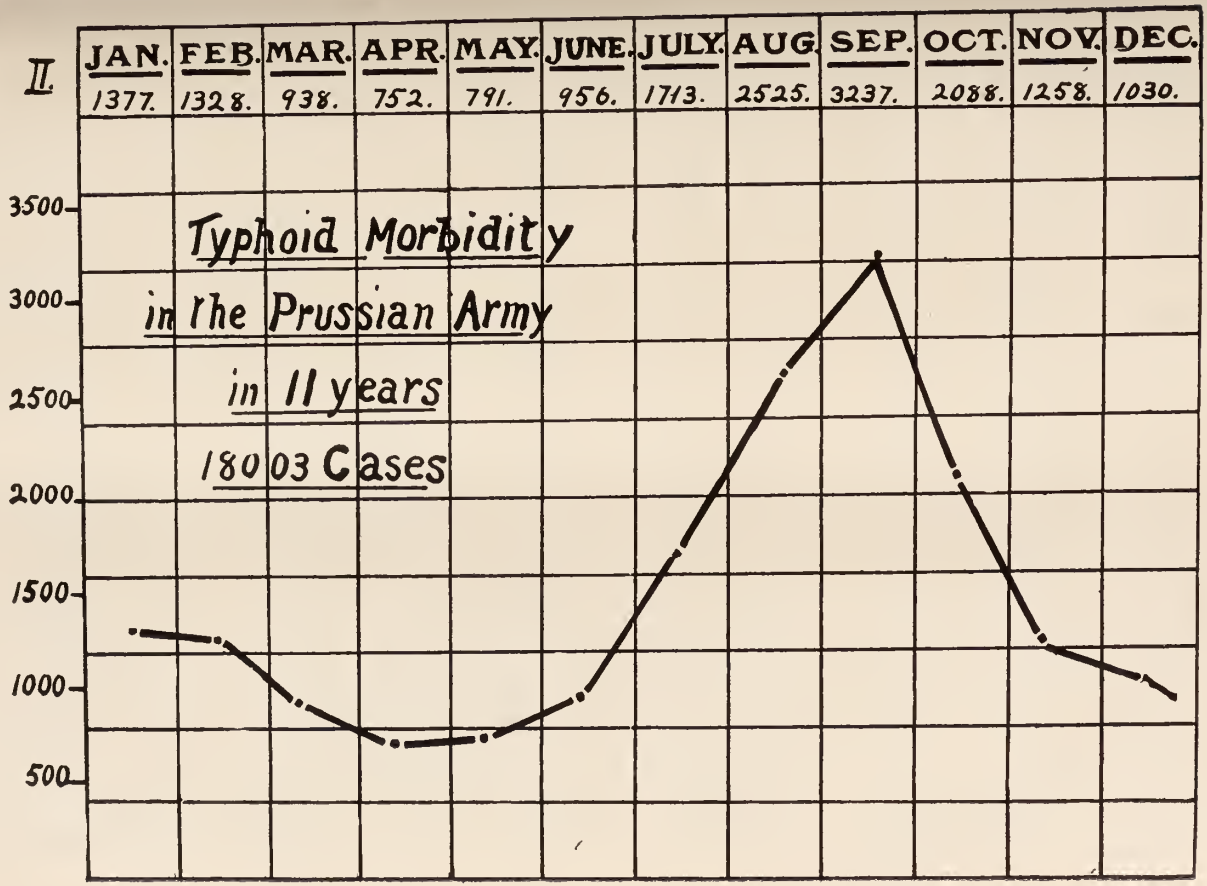
Professor der Kinderheilkunde, New York Polyclinic, und Visiting Physician am St. Francis Hospital.

Es wird allgemein angenommen, dass der Typhus deswegen in New York und in anderen Städten mit ähnlichem Klima während des Herbstes am häufigsten auftritt, weil viele der Stadtbewohner im Juli und August auf's Land ziehen, wo die Gefahr der Infection bedeutend grösser sein soll, als in der Stadt.

Um zu sehen, wie weit diese Annahme auf Thatsachen beruht, habe ich die Typhusmortalität der Stadt New York von 1891 bis 1901 auf Karte I. nach Monaten geordnet. Wir sehen da, dass hier Menschen in jedem Monat des Jahres an Typhus sterben; dass diese Sterblichkeit im April am niedrigsten und im September am höchsten ist; dass mehr Typhuskranke im Januar sterben als im Februar, März oder April, und schliesslich, dass während des Juli ein Drittel mehr Personen dieser Krankheit zum Opfer fallen, als während des Januar, und doppelt so viele als wie während des April.

Bedenken wir nun, dass die Mehrzahl der an Typhus Gestorbenen an den Complicationen und Nachkrankheiten desselben zu Grunde ging (wie Haelscher, Münch. Med. Wochenschr., 43, 1891, in einem Bericht über 2000 Autopsien mit 76 Procent gegen 24 Procent nachwies), und ziehen wir dazu noch die Incubationsdauer in Betracht, so können wir mit einiger Sicherheit annehmen, dass drei Viertel der auf dieser Karte repräsentirten


I.
JAN FEB. MAR. APR. MAY. JUNE. JULY. AUG. SEP. OCT. NOV. DEC.
1000. 226. 181. 184. 180. 200. 220. 339. 505. 607. 600. 497. 453.
900.
800.
700.
600.
500.
400.
300.
200.
100.
Typhoid Mortality
New York City
in 10 years
1891–1900.
4,245 Deaths


II.
JAN. 1377.
FEB. 1328.
MAR. 938.
APR. 752.
MAY. 791.
JUNE. 956.
JULY. 1713.
AUG. 2525.
SEP. 3237.
OCT. 2088.
NOV. 1258.
DEC. 1030.
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
Typhoid Morbidity
in the Prussian Army
in 11 years
180 03 Cases

Todten wenigstens zwei Wochen vor ihrem Ableben inficirt wurden, so dass wenn wir die Zeit der Infection markiren wollten, wir die Kurve zum mindesten um 2 bis 3 Wochen vorrücken müssten.

Nehmen wir an, dass diese 4245 Todesfälle ungefähr 10 Procent derer repräsentiren, welche während dieser zehn Jahre in unserer Stadt am Typhus erkrankten, so findet sich, dass wenigstens 42,450 New Yorker während dieses Jahrzehnts von Eberthbacillen inficirt wurden, also durchschnittlich 337 in jedem Monat, und ferner, dass selbst während der typhusfreisten Jahreszeit (nämlich während der Monate Februar, März und April) zum mindesten 182 Personen im Monat in New York an Unterleibstyphus erkrankten.

In meiner Arbeit über das Verhältniss der Gastroenteritis der Kinder und der Witterung (Cholera infantum and the weather, Medical Record, March, 1888) zeigte ich, dass bei *grosser* Statistik die Mortalität und die Morbidität derselben acuten Infectionskrankheit während der verschiedenen Monate des Jahres meist in demselben Verhältniss zu einander blieben, d. h., dass in den Zeiten und Oertlichkeiten, in welchen viele Personen an einer acuten Infection erkranken, mehr sterben als in Zeiten und Oertlichkeiten, in welchen blos wenige erkranken. Je mehr Infectionen, desto mehr Todesfälle und umgekehrt. Deshalb können wir getrost Sterbe- und Erkrankungsziffern derselben Krankheit vergleichen.

Ferner können wir den Schluss ziehen, dass wenn zwei Länder mit demselben Klima, obgleich weit von einander gelegen, von einem pathogenen Keim dauernd inficirt sind, das Resultat seiner Thätigkeit auf die Einwohner entschiedene Aehnlichkeit bezüglich der Vertheilung auf die einzelnen Monate des Jahres zeigen muss. Die Richtigkeit dieser Schlussfolgerung für den Typhus beweist die zweite Karte, welche die Typhusmorbidität der preussischen Armee mit 18,003 Fällen in 11 Jahren graphisch darstellt. Verglichen mit der Mortalitätscurve New York's sehen wir an der frappanten Aehnlichkeit, dass die Häufigkeit des Typhus während der verschiedenen Monate des Jahres genau so vertheilt ist unter den preussischen Soldaten, als wie unter den Einwohnern New York's. Da aber nun preussische Soldaten sich nicht während der Monate Juli und August in der Sommerfrische auf dem Lande erholen, wie viele New Yorker, so müssen

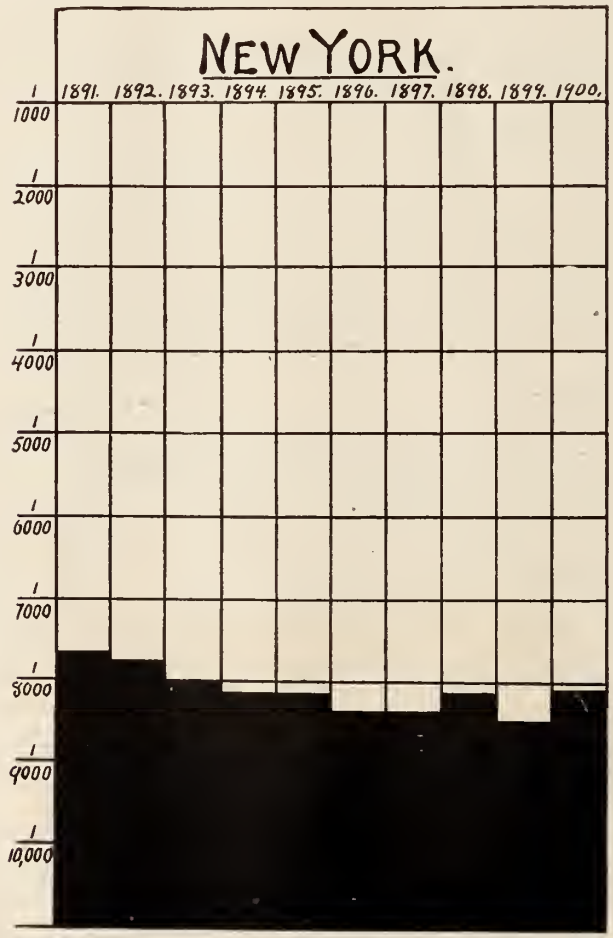
wir andere Infectionsmöglichkeiten suchen, welche beide Gemeinwesen, das preussische Heer und die Einwohner unserer Stadt, in gleicher Weise bedrohen. New York und die Garnisonstädte Preussens sind schon seit lange von dem Typhuskeim dauernd durchseucht. Trotzdem haben die preussischen Soldaten bezüglich ihrer Kleidung, Beschäftigung und anderer Gewohnheiten wenig Gemeinsames mit den Einwohnern New York's, was wiederum darauf hindeutet, dass es einen gemeinsamen Träger der Typhusinfection geben muss, welcher sowohl in New York, wie in Preussen den Einflüssen des ähnlichen Klimawechsels gleichmässig unterworfen ist.

Dass die Variation der Typhusfreqeuenz während des Jahres durch die Veränderungen der atmosphärischen Temperatur bedingt ist, ist auf beiden Karten deutlich sichtbar. Daran denkend, dass die Typhusinfection des menschlichen Körpers meist erst nach Wochen erkannt wird, können wir in Anbetracht dieser Kurven den Schluss ziehen, dass je wärmer die Witterung, desto mehr Typhus und umgekehrt, in New York sowohl wie in Preussen.

Dass der Wechsel der atmosphärischen Temperatur durch ihre directe Einwirkung auf den Menschen allein Typhus bedingen könnte, ist ausgeschlossen, und so müssen wir eine indirecte Wirkung derselben auf den menschlichen Organismus und auf den gemeinsamen Träger des Infectionsstoffes suchen. Diese indirecte Thätigkeit der atmosphärischen Wärme kann nur bestehen: 1) auf den menschlichen Körper in dem vermehrten Durst, der folgenden vermehrten Aufnahme von Trinkwasser, und 2) auf den gemeinsamen Hauptträger des Infectionsstoffes, durch rapide Vermehrung desselben im Trinkwasser während der warmen Jahreszeit. *Deshalb muss der gemeinsame Hauptträger der Typhuskeime das Trinkwasser sein, hier sowohl wie in Preussen.*

Um diese Annahme mit Zahlen zu beweisen, war es nöthig, die Typhusmortalitäten einer grösseren Anzahl von Städten zu sammeln und diese mit der Wasserzufuhr derselben zu vergleichen. Zu diesem Zweck sandte ich leere Karten an die Gesundheitsbehörden der grösseren amerikanischen und deutschen Städte mit der Bitte, die Typhusmortalität von (wo möglich) zwanzig Jahren nach Monaten geordnet, einzusenden und zwar (wo möglich) zehn Jahre mit unfiltrirter und zehn Jahre mit

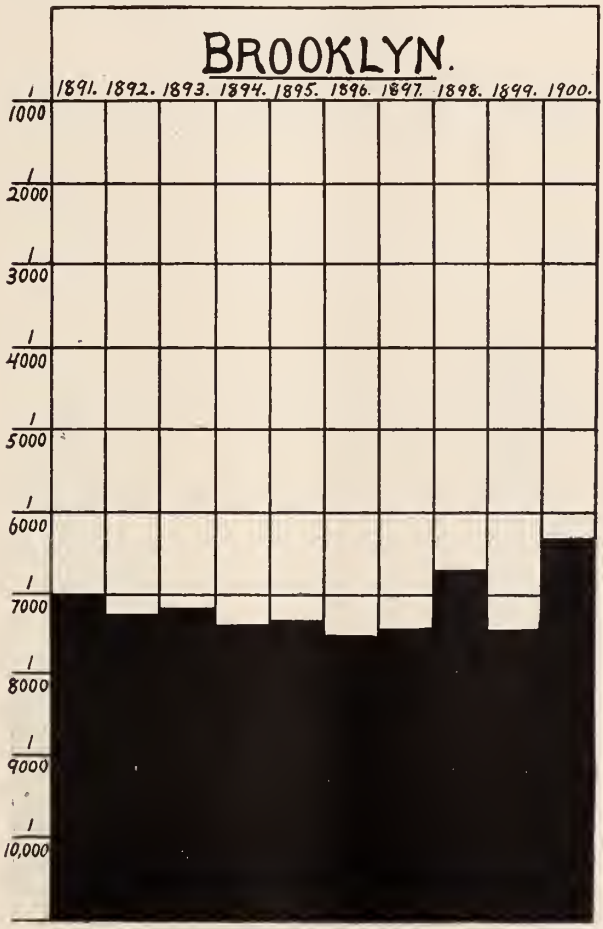
filtrirter Wasserzufuhr. Wo mir die gedruckten Jahresberichte der Behörden zugänglich waren, betraf die Correspondenz selbstverständlich nur die Wasserzufuhr. Nach längeren Vergleichen zwischen den eingelaufenen Berichten der betreffenden Behörden, beschloss ich die Typhussterblichkeit und das Verhältniss zur Wasserzufuhr jeder einzelnen Stadt auf Karten darzustellen.



Die Typhusmortalität eines jeden Jahres wurde entsprechend der Scala von 1 auf 1000 Einwohner berechnet, so dass ein gerechter Vergleich zwischen grösseren und kleineren Städten möglich war. Auf der linken Seite der Karten sind die Zahlen die-

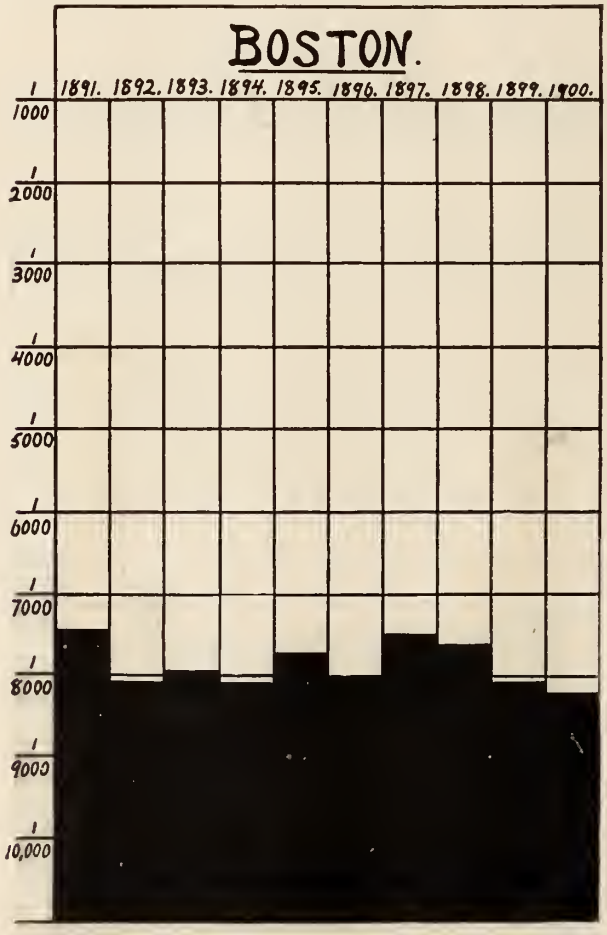
ser Scala angegeben und da alle Karten und ihre Abtheilungen von gleicher Grösse sind, so können wir die Höhe der Typhusmortalität jeden Jahres nicht allein mit der anderer Jahre, sondern auch mit der anderer Städte vergleichen.

Zuerst muss ich auf die Aehnlichkeit der Typhusmortalität



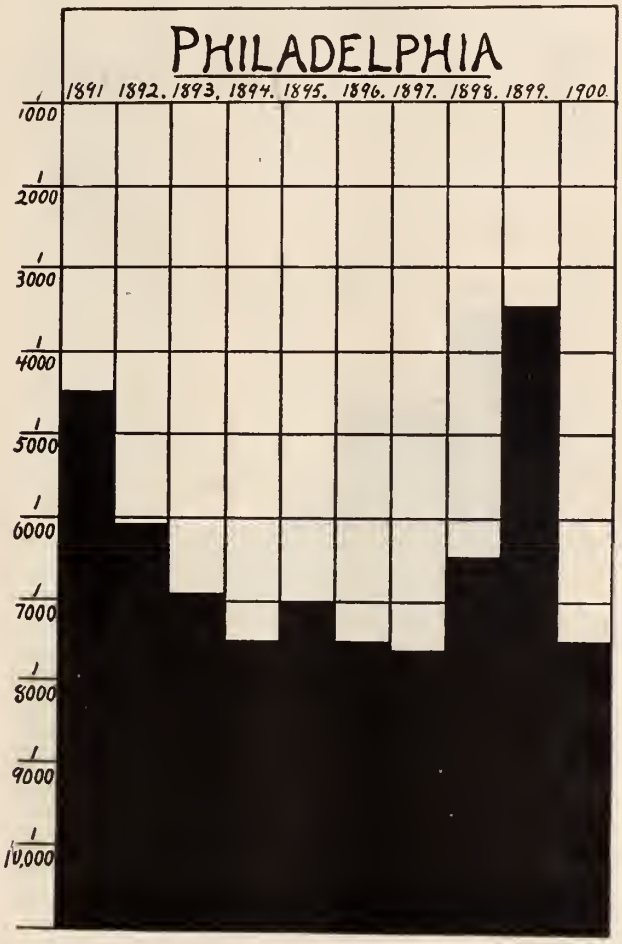
benachbarter Städte aufmerksam machen. Diese sehen wir auf den Karten von New York, Brooklyn und Boston. Ihr Trinkwasser wird in den Wasserwerken nicht filtrirt. Es wird aus Sammelbecken entnommen, welche durch viele kleinere Wasserläufe in dünnbevölkerten Gegenden gefüllt werden, abseits von

der Möglichkeit massiger Beimischung von Kloakeninhalt, dementsprechend eine nur mässige Beimischung von Typhuskeimen im Trinkwasser und eine fast gleichmässige Typhusmortalität von je 1 auf 8000 Einwohner bedingend. Ein weiterer Factor beeinflusst zweifellos diese Mortalität, nämlich die Thatsache,



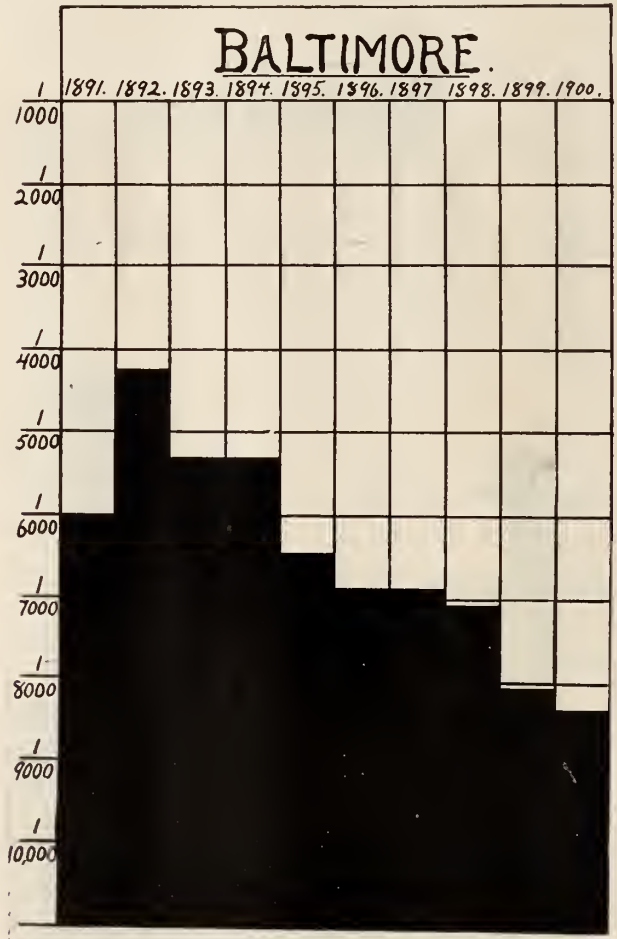
dass weniger Wasser in rohem Zustand in diesen Städten getrunken wird als in anderen Städten des Landes. Der wohlhabende New Yorker trinkt in seinem Heim filtrirtes oder eingeliefertes Quellwasser und die Arbeiter trinken mit Vorliebe Thee, Kaffee und Bier.

Eine zweite Aehnlichkeit finden wir in den Karten von Philadelphia und Baltimore. Diese Städte haben ebenfalls keine Filtrirwerke. Sie entnehmen ihr Trinkwasser grösseren Wasserläufen in der Nähe dichtbevölkerter Districte, deren Kloaken darein münden, und welche deshalb mehr unreine Stoffe enthalten als wie die Sammelbecken von New York, Brooklyn und



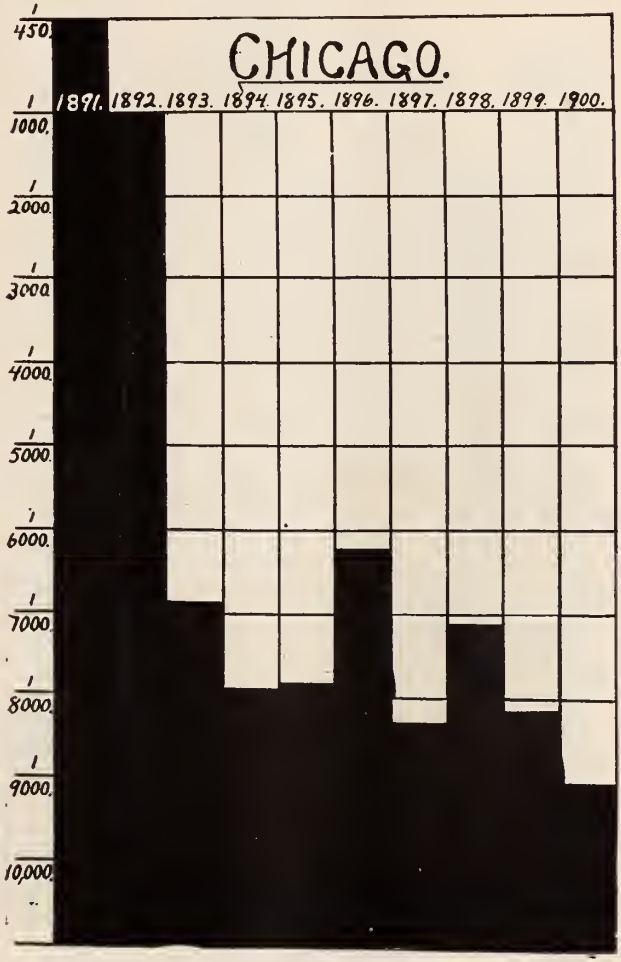
Boston, und deshalb haben Philadelphia und Baltimore eine weit höhere Typhusmortalität, nämlich ungefähr 1 aus je 5000 Einwohnern. Möglich, dass das etwas heissere Klima dieser Höhe Vorschub leistet, indem es die Einwohner dazu verleitet, verhält-

nissmässig mehr von diesem entschieden unreineren Wasser zu trinken als das die Einwohner der ersten drei kühleren Städte thun. Möglich, dass auch die relative Anzahl der habituellen Wassertrinker in diesen zwei Städten grösser ist.



In Chicago und St. Louis findet sich eine sehr hohe Typhussterblichkeit während der ersten Jahre des Jahrzehnts mit markantem Abfall in der zweiten Hälfte. Während des Jahres 1891 starben in Chicago eine Person aus je 450 Einwohnern am Typhus, die höchste Mortalität, die mir vorgekommen ist. Die Reduction dieser Mortalität wurde dadurch erzielt, dass die

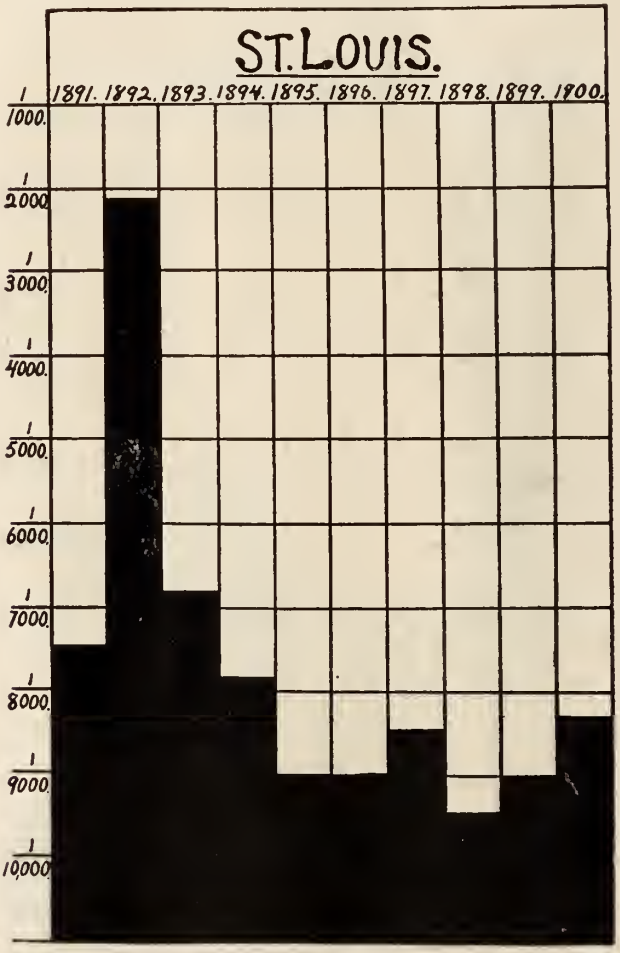
Schöpfstellen der Chicagoer Wasserwerke im Michigan See von der nächsten Nähe der Kloakenausflüsse in demselben Wasser, wo sie Jahre lang functionirten, entfernt wurden und weit ab oberhalb der Stadt verlegt wurden.



Bezüglich der Statistik von St. Louis muss ich sagen, dass mir dieselbe nicht genügend zuverlässig erscheint, da eine grosse Anzahl der Todesfälle in den Jahresberichten der Gesundheitsbehörde unter der Rubrik Typho-Malaria, Febris remittens etc. aufgeführt werden, welche zum Theil wenigstens der Typhus-

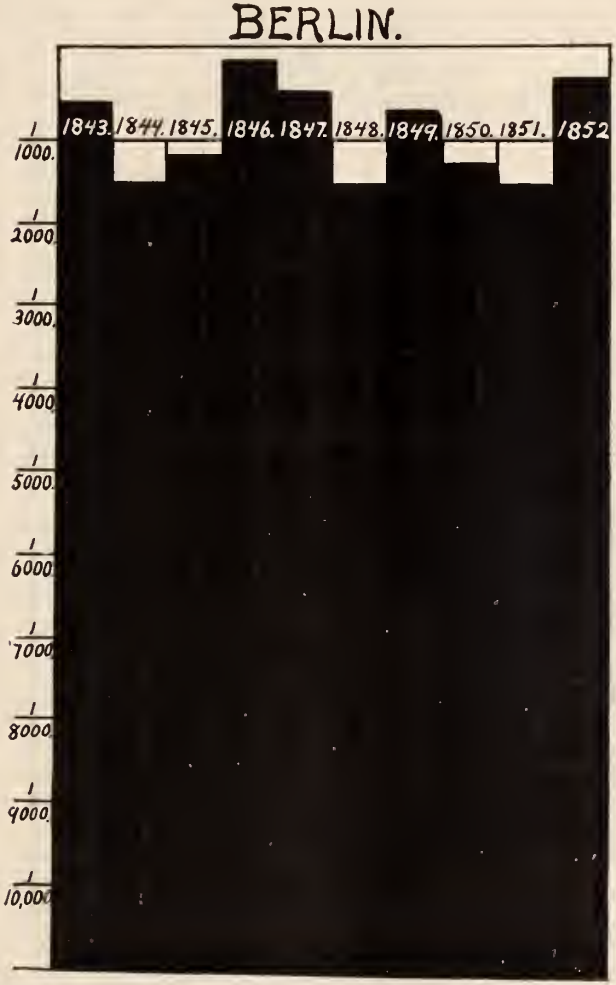
mortalität hätten unterstellt werden müssen. Chicago und St. Louis haben keine Filteranlagen.

Wenden wir uns nun zu der Typhusstatistik der „guten, alten Zeit", so finden wir auf der ersten Karte von Berlin eine Wie-



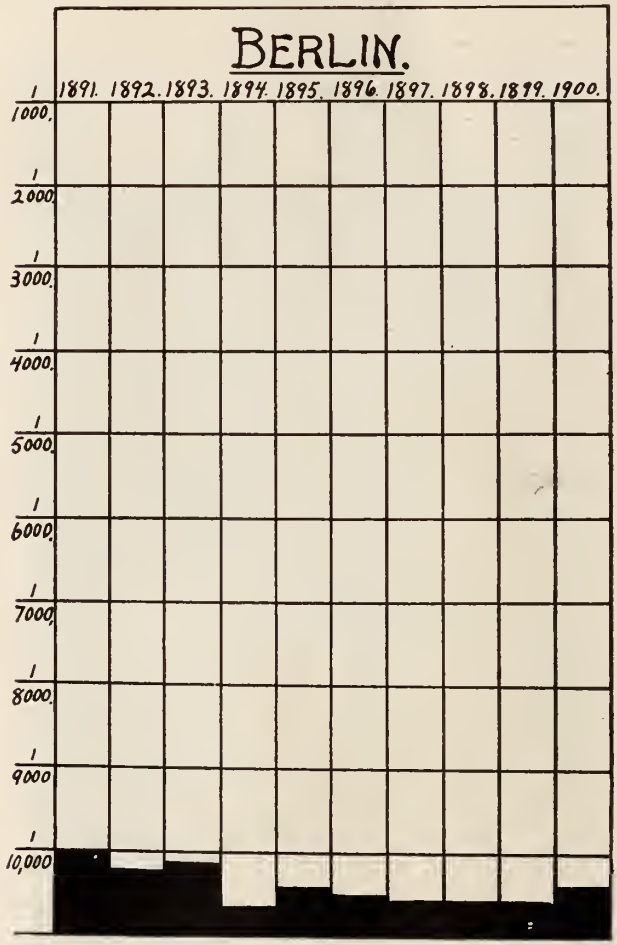
derspiegelung der Zustände während der letzten 10 Jahre vor Einführung der centralen Sandfiltration des Trinkwassers, nämlich von 1843 bis 1853, ein Bericht, welcher zweifellos für die meisten Städte der damaligen Zeit characteristisch ist und für welchen ich dem „Statistischen Amt der Stadt Berlin" um so mehr zu danken habe, weil so alte Statistiken in amerikanischen

Städten nicht zu haben sind. Wir sehen auf dieser Karte, dass vom 1. Januar 1843 bis zum 1. Januar 1853 durchschnittlich 1 Person aus je 900 Einwohnern Berlin's jährlich am Typhus starben.



Ehe wir den Einfluss der centralen Sandfiltration des Trinkwassers auf die Typhusmortalität betrachten, muss ich hier einschalten, dass das Zuschütten städtischer Brunnen in den älteren Städten Europa's und die Einführung von Leitungswasser von ausserhalb allein schon starken Abfall bedingte. Ferner muss

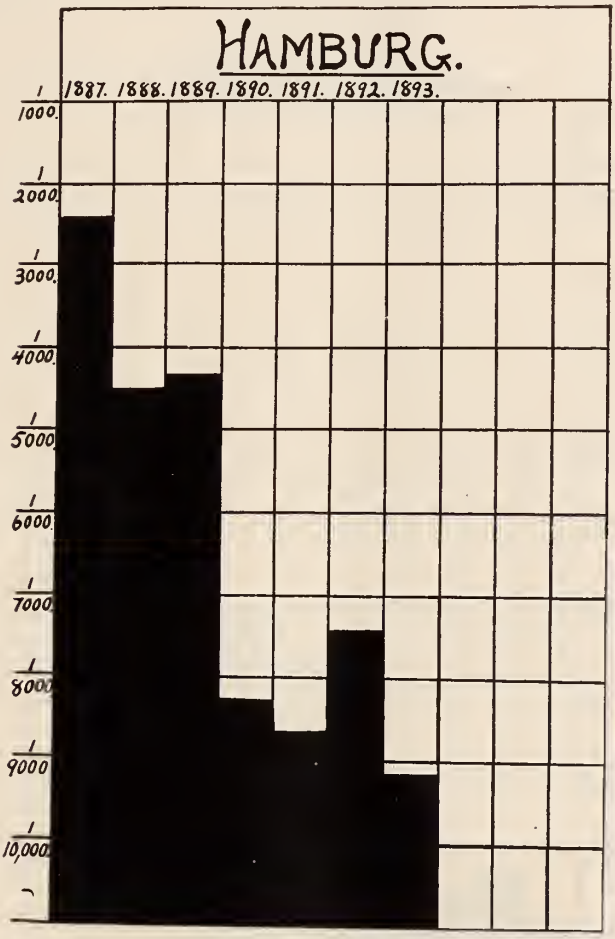
hier erwähnt werden, dass München, Frankfurt a. M., Würzburg und Aachen ihre Typhusstatistiken dadurch verkleinerten, dass sie ihren Einwohnern reines Quellwasser von fernen Bergen zuführten, während Wiesbaden erst kürzlich ausgedehnte Ozoni-



sationswerke einschaltete, welche das Leben aller Wasserbacterien vernichten. Die Berichte dieser Städte sind zwar sehr interessant, gehören aber nicht in den Rahmen dieser Arbeit.

Indem wir uns nun der Einwirkung der Sandfiltration des städtischen Trinkwassers auf die Typhusmortalität zuwenden, präsentirt sich die Erfahrung Berlins als das hervorragendste

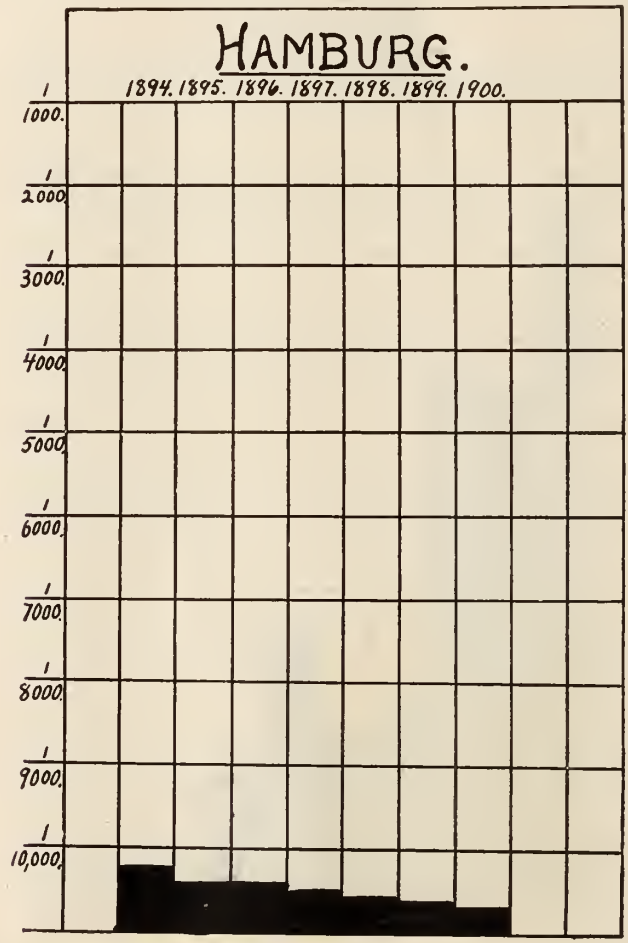
Beispiel, denn statt eines Todesfalles unter je 900 Einwohnern in 1843 bis 1853, fiel diese Zahl zwischen 1883 bis 1893 auf 1 unter je 9000, obgleich die städtischen Brunnen noch nicht alle geschlossen waren und die Zufuhr filtrirten Wassers durch



die alten Wasserwerke (installirt in 1853) durch das schnelle Wachsthum der Stadt ungenügend geworden war. Als aber im Jahre 1892 die neuen Wasserwerke mit genügenden Filteranlagen, welche 2,500,000 Menschen mit reinem filtrirten Wasser versorgen konnten, in Thätigkeit gesetzt wurden, fiel diese Mortalität auf 1 Todesfall an Typhus in je 20,000 Einwohnern,

trotzdem die Einwohnerzahl Berlins von 400,000 im Jahre 1853 auf 2,000,000 im Jahre 1900 gestiegen war.

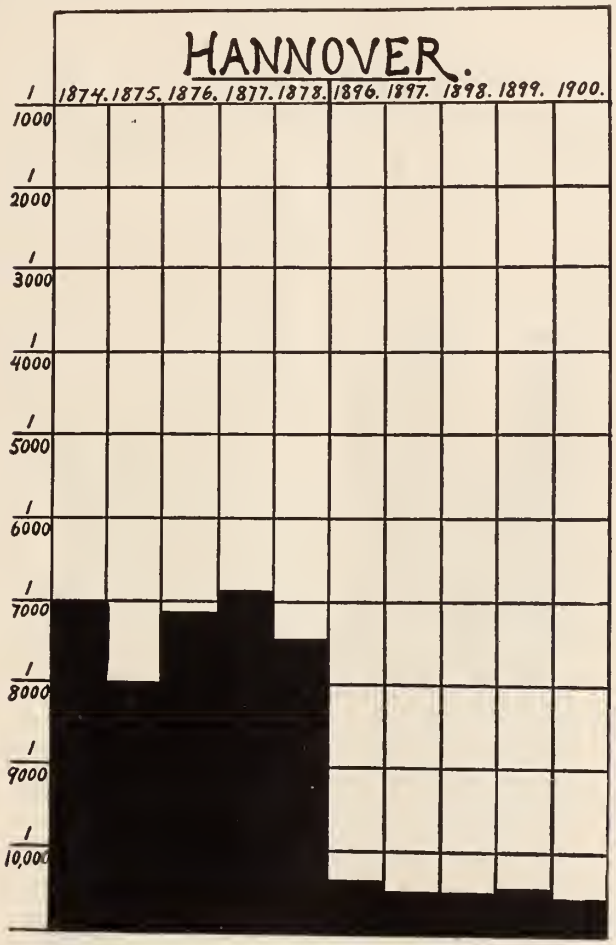
Denselben Einfluss der Einschaltung von Filtriranlagen sehen wir an den Karten von Hamburg, Hannover, Breslau und Magde-



burg. Beachtenswerth ist ferner die Thatsache, dass die Typhusmortalität dieser Städte während der letzten 7 bis 10 Jahre (also *mit* filtrirtem Trinkwasser) gleich niedrig war, nämlich 1 auf 20,000, für mich der absolute Beweis, *dass das städtische Leitungswasser der Hauptträger der Typhusinfection ist!*

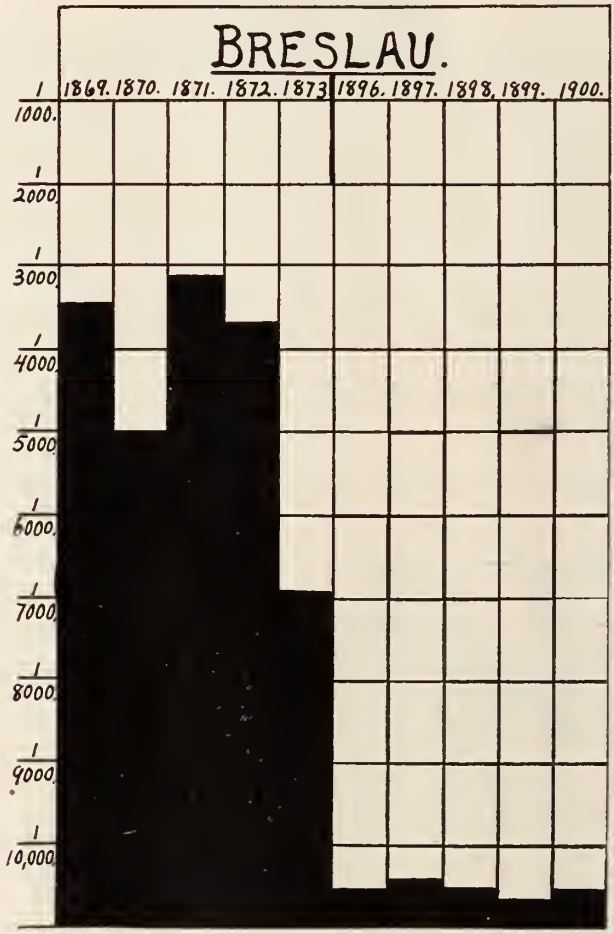
Beim Vergleich der zwei Karten von Hamburg sehen wir die

schnelle Wirkung der Wasserfiltration. Die Hamburger Filter begannen ihre Thätigkeit im Herbst 1893 und schon im folgenden Jahr fiel die Typhusmortalität unter 1 auf 10,000, um schliesslich in 1900 auf 1:30,000 zu gelangen. Hätte Hamburg



seine Wasserfilter schon im Frühjahr 1892 gehabt, so wäre seinen Einwohnern die furchtbare Epidemie asiatischer Cholera im selben Sommer erspart geblieben, an welcher circa 18,000 Personen erkrankten und circa 10,000 starben — denn Cholera, wie Typhus, wird meist durch Trinkwasser verbreitet. Die Thatsache, dass die Stadt Altona (in Wirklichkeit nur ein Theil Hamburgs) mit

150,000 Einwohnern, welche ihr Trinkwasser ebenfalls aus der Elbe bezieht, während derselben Zeit nur 500 Cholerakranke hatte, welche noch dazu meist Tags über in Hamburg arbeiteten, beweist die Wahrheit dieser Behauptung, denn Altona hatte seine eigenen Wasserwerke mit Sandfiltriranlagen schon seit 1876.

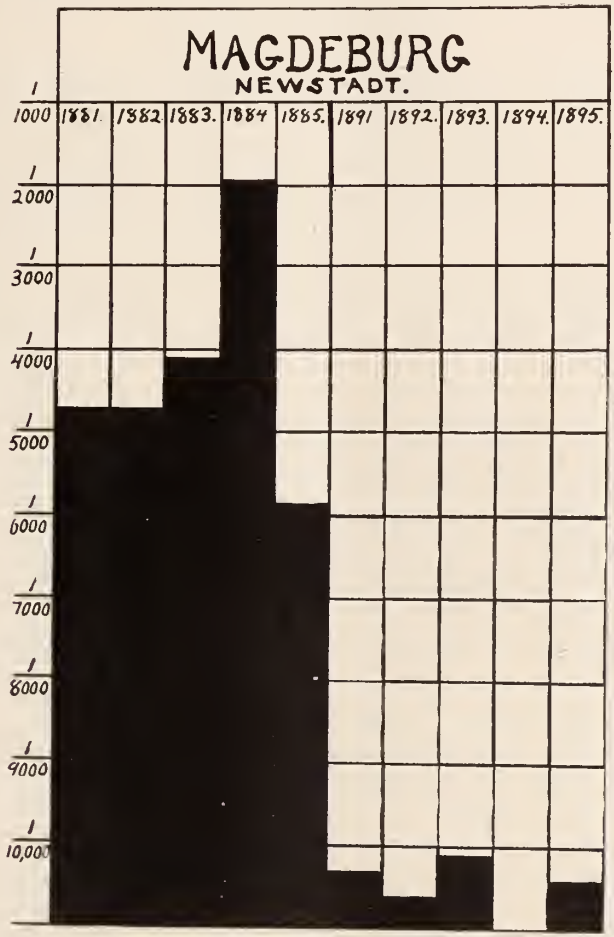


Als Resultate dieser Untersuchung unterbreite ich folgende Ergebnisse:

1) Alle Seen, Flüsse und Bäche, welche sich in bevölkerten Theilen der Vereinigten Staaten und von Deutschland befinden, sind schon seit lange von Typhusbacillen dauernd inficirt.

2) Der Hauptträger der Typhuskeime in den menschlichen Körper ist das Trinkwasser der Städte.

3) Alle Städte, welche gezwungen sind, ihr Trinkwasser aus Seen, Flüssen oder Bächen zu entnehmen, sind verpflichtet, das-



selbe durch centrale Sandfiltration in den Wasserwerken zu reinigen.

Zum Schluss ist es mir ein Vergnügen, allen Gesundheitsbehörden, welche diese Arbeit förderten, meinen Dank auszusprechen.

114 East 57. Str.

Referate und Kritiken.

Operationsübungen an der Leiche. Ein Leitfaden für Studirende von Dr. Erich Bennecke. 108 Abbildungen. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. F. König. Verlag von H. Hartung & Sohn, Leipzig 1903. 182 S.

Das kleine Werkchen ist in erster Linie für die Besucher der von König und Bennecke geleiteten Operationscurse bestimmt, was aber nicht hindert, dass dasselbe auch anderen Kreisen bestens empfohlen werden kann. Der Text ist klar und präcise, die Abbildungen sind sämmtlich gut gelungen und sehr instructiv. Das Buch kann sich den bereits existirenden Leitfaden für die Operationen an der Leiche getrost zur Seite stellen.

Die Krankheiten der Speiseröhre. Von Dr. Fr. Schilling. Mit 14 Abbildungen. Verlag von H. Hartung & Sohn. Leipzig 1903. 86 S.

Das Buch behandelt in geschickter Weise die Anatomie und Physiologie der Speiseröhre, die verschiedenen Untersuchungsmethoden einschliesslich Oesophagoscopie und Röntgendurchleuchtung, sowie die allgemeine und specielle Therapie der verschiedenen Krankheitsformen der Speiseröhre. Die in dem Buche besprochenen diagnostischen und therapeutischen Verfahfahren sind mit Ausnahme der Oesophagoscopie, die bis jetzt noch vorwiegend von Specialisten geübt wird, von jedem Arzte zu erlernen und anzuwenden. Das Werkchen kann sehr empfohlen werden.

Erkrankungen der Kreislauforgane. Klappenfehler. Von Prof. Dr. Theodor von Jürgensen. Mit 25 Abbildungen und 2 Tafeln. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1903. 151 S. Spec. Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Nothnagel. XV. Bd., I. Theil, 4. Abth.

Vorliegendes Werk bildet eine vorzügliche Abhandlung über die Klappenfehler des Herzens. Nach einer Einleitung über die Entstehungsursachen der Klappenfehler und die Häufigkeit der einzelnen Formen schildert Verf. in klarer Weise die allgemeine Pathologie der Klappenfehler sowie die einzelnen Methoden der physicalischen Untersuchung. Der specielle Theil ist der Schilderung der einzelnen Klappenfehler gewidmet. Auf die physicalische Untersuchung, Diagnose, Prognose und Therapie ist besonderes Gewicht gelegt und besonders dankenswerth sind genaue kritische Angaben, wann Digitalis am Platze ist und was man vom Digitalisgebrauche im einzelnen Falle erwarten darf.

Denn leider wissen noch immer viele Aerzte blutwenig über den richtigen Digitalisgebrauch und verordnen kritiklos bei jeder Herzaffection Digitalis. Dass sie in vielen Fällen ihren Patienten nicht nur nichts nützen, sondern sogar direct schaden, ist ihnen vollkommen unbekannt. Schon aus diesem Grunde wäre zu wünschen, dass recht viele Aerzte das vorliegende Werk eingehend studiren würden.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

C. Binz: *Ueber die Seekrankheit.*

Auf Grund von Thierversuchen kommt B. bezüglich der Seekrankheit zu folgenden Schlüssen: 1. Das Schaukeln des Schiffes verursacht eine Verengerung der Arterien des Kopfes und damit acute Blutarmuth des Gehirns. 2. Diese acute, örtliche Blutarmuth hat hier, wie bei ihren anderen Anlässen, zur raschen Folge Uebelkeit und Erbrechen. 3. Die das Würgen und Erbrechen hervorrufende heftige Thätigkeit der Bauchpresse treibt eine grössere Menge Blut nach dem Gehirn, beseitigt so auf kurze Zeit dessen Blutarmuth und unterbricht damit das Uebelbefinden. 4. Der Magen spielt in der Seekrankheit nur eine passive Rolle. Er wird von dem Centralorgan zum Brechact angeregt, gleichviel ob er gefüllt ist oder nicht. 5. Alles, was geeignet ist, die Zufuhr des Blutes zum Gehirn zu erleichtern und zu vergrössern, wirkt vorbauend, lindernd oder heilend auf die Seekrankheit.

Als physicalisches Heilmittel gegen die Seekrankheit wäre zuerst die horizontale Lage zu nennen, als diätetisches eine möglichst gute Ernährung des Gehirns durch eine kräftige Mahlzeit einige Stunden ehe man zu Schiffe geht; und als chemische Heilmittel alle diejenigen, die ohne gerade giftig zu sein, eine Erweiterung der Gefässe des Gehirns herbeiführen. Chloralhydrat in Gaben von etwa 0,3 drei- bis viermal innerhalb einiger Stunden könnte daher bei sonst gesunden Menschen und bei kurzdauernden Seereisen mit Nutzen gegeben werden. Ebenso hält B. systmatisch angestellte Versuche, natürlich nur von einem sachkundigen Arzte und mit der nöthigen Vorsicht, mit Amylnitrit für lohnend. Ferner wurden Bromkalium und Antipyrin, beide in nicht zu kleinen Dosen, sehr empfohlen. Nach B. muss theoretisch die Möglichkeit ihres Erfolges zugegeben werden. Die Wirksamkeit des Geheimmittels „Yanatas" erklärt B. durch dessen 1procentigen Gehalt an Chloralhydrat. (Zentralbl. für innere Medicin, 1903, No. 9.)

Karl Rössler: *Ueber Collargol. Ein Beitrag zur Silbertherapie.*

Verf. hat das Collargol zur Behandlung des Trachoms verwandt und zwar in folgender Weise: Tägliche zweimalige Instillation von 1 g Unguentum Credé bis zum Ablauf der Reizerscheinungen, hierauf Bepinselung der Conjunctiva mit 2—5-proc. Collargollösung einmal täglich und bei vollständiger Reizlosigkeit Abreiben der Follikel mit dem Collargolstift und sofortige Instillation von 5 proc. Lösung. Bei Follicularcatarrhen dasselbe Verfahren. Bei einfacher Conjunctivitis genügt eine 1—2procentige Lösung, um nach 8—10 Tagen Heilung herbeizuführen.

Den erwähnten Collargolstift lässt R. auf folgende Weise herstellen:

Rp. Collargoli 3.0
Sacchar. lact.
Tragacanthae
Os. sepiae aa 1.0
Muc. Gummi Acaciae gtt. III.
Aq. dest.
Glycerin. aa part. aequal.

F. Bacillus. S. In braunem Glase zu verwahren.

R. hält das Collargol für ein sehr brauchbares Ersatzmittel des Argentum nitricum, da es vor diesem den Vorzug der rascheren Adstringirung, der vollständigen Gefahrlosigkeit und totaler Schmerzlosigkeit hat. (Wiener med. Wochenschr., 1903, No. 19.)

A. Loewy und Franz Müller: *Zur Kenntniss der anästhesirenden Wirkung des Yohimbin (Spiegel).*

Die Verf. stellten Nachprüfungen der von Magnani in Turin am Menschen gemachten Beobachtung an, dass schon eine Minute nach Einträufelung einiger Tropfen einer 1-3—1proc. Yohimbinlösung in den Bindehautsack Anaesthesie der Conjunctiva und nach weiteren 4 Minuten auch der Cornea eintritt, die etwa ½ Stunde anhält. Sie kamen auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebniss, dass sich Cocain und Yohimbin quantitativ vielleicht verschieden, qualitativ dagegen vollkommen gleich verhalten. Das Yohimbin Spiegel vermag sowohl die Erregbarkeit wie das Leitungsvermögen motorischer und sensibler Nerven bei directer Application auf diese herabzusetzen bezw. ganz aufzuheben, ferner bei Auftragung auf die sensiblen Nervenendigungen der Schleimhäute Anaesthesie zu erzeugen. Wie beim Cocain ist auch beim Yohimbin diese Wirkung eine vorübergehende und macht normalem Verhalten wieder Platz. Ob

die local anaesthesirende Wirkung auf die Schleimhäute practisch verwerthet werden kann, wird sich erst durch weitere klinische Untersuchungen entscheiden lassen. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 15.)

Leo Wachholz: *Ueber die forensische Bedeutung der Leberzuckerprobe.*

Verf. ist auf Grund der von ihm angestellten Untersuchungen über den Werth der Leberprobe zu folgenden Schlussfolgerungen gelangt: 1. Der positive Ausfall der Leberprobe erlaubt nicht, den Schluss zu ziehen, dass es sich um einen plötzlichen, gewaltsamen Tod handle, denn es wird derselbe Erfolg in Fällen langsamen und natürlichen Todes beobachtet. 2. Dasselbe gilt für den negativen Ausfall der Probe, indem er noch keineswegs erlaubt, die Möglichkeit eines gewaltsamen und schnellen Todes auszuschliessen. 3. In Fällen von Tod durch Erstickung ist der Zuckergehalt der Leber stets geringer als in Fällen anderer mechanischer Todesarten. 4. Geringer Zuckergehalt der Leber wird auch in Fällen von mechanischem Verblutungstod angetroffen und dies zwar um so mehr, je länger die Blutung bis zum Todeseintritte dauerte. 5. In Fällen von Vergiftung durch Kohlenoxydgas verliert die Leber alle Kohlehydrate, d. i. sowohl das Glycogen, wie auch den Zucker. Dennoch hat aber der negative Ausfall der Leberprobe für die Diagnose des Todes durch Kohlenoxydvergiftung keine Bedeutung, da er auch in Fällen anderweitiger Todesarten, insbesondere in Fällen anderer Vergiftungsarten erhalten werden kann. (Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, 1903, No. 11.)

C. Longard: *Beitrag zur Aethernarcose.*

Auf Grund seiner Beobachtungen bei über 2700 Aethernarcosen kommt L. zu folgenden Schlussfolgerungen: Der Aether ist bei richtiger Anwendung das ungefährlichste und beste Narcoticum, das wir besitzen. Die unangenehmen Nebenwirkungen, die ihm bisher zur Last gelegt wurden, sind nicht Folge des Aethers als solchen, sondern nur bedingt durch die gleichzeitige Kohlensäureintoxication des Organismus. Darum ist erste Vorbedingung einer guten Aethernarcose die reichliche Zuführung atmosphärischer Luft. Daher fort mit allen Aethermasken, die eine freie Luftzufuhr behindern. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 24.)

A. Thost (Hamburg): *Neuere Erfahrungen über das Wesen und die Behandlung des Heufiebers.*

Es ist Dunbar gelungen, einwandsfrei nachzuweisen, dass ein in den Pollen der Gramineen enthaltenes Gift der Erreger des Heufiebers ist und zwar die in dem innersten Theile der Pollen enthaltenen Stärkekörner, resp. ein mit diesem verbun-

dener Eiweissstoff. Bei allen zu Heufieber disponirten Personen gelang es damit, die Symptome des Heufiebers auch im Winter mit aller Sicherheit zu erzeugen, während nicht disponirte Personen davon völlig frei blieben. Die Pollen wurden in Aether gelöst und das Toxin mit Alcohol zum Niederschlag gebracht. Besonders leicht löst sich aber das Gift und auch die Pollen im Speichel, in der Thränenflüssigkeit, im Nasenschleim und im Blutserum. Der Heufieberreger ist also ein lösliches Gift. Es wurde nun mit diesem Mittel ein Serum hergestellt, das bei Heufieberpatienten keinerlei Symptome, sondern nur an der Injectionsstelle Brennen hervorrief. Heufieberpatienten, die mit diesem Serum behandelt wurden, reagirten nach einiger Zeit auf den Reiz, den frische, in Nase und Augen gebrachte Pollen sonst erzeugten, nicht mehr oder nur sehr gering. Ob dieses Serum im Stande ist, das Heufieber ebenso zu beseitigen, wie das durch Pollentoxin künstlich erzeugte Heufieber, müssen weitere Versuche lehren. Das Serum wird vorderhand nur an Aerzte abgegeben.

Für die Behandlung der Heufieberpatienten giebt nun Th. ein besonderes Regime an, das sich nach seiner Ansicht auch dann noch als wichtig erweisen dürfte, wenn das D u n b a r'sche Mittel, wie zu erwarten ist, die Symptome des Heufiebers beseitigt. Bei den Patienten, bei denen das Heufieber mit anderen Krankheiten, mit Gicht oder Catarrhen aller Art oder Circulationsstörungen verbunden ist, müssen vor Beginn der Heufieberzeit die entsprechenden Curen, Bade- und Trinkcuren, angewandt werden, damit der Patient möglichst gekräftigt dieser Zeit entgegengeht. Alcohol und Tabak sind möglichst zu vermeiden, ebenso alle anderen Reizmittel, starke Gewürze etc. Abhärtung des Körpers durch Luft, kalte und kühle Waschungen schützen gegen den Ausbruch des Heufiebers. Aufenthalt in kühlen Räumen bei fest geschlossenen Fenstern, Schliessen der Wagenfenster bei Reisen giebt einen gewissen Schutz. Local kommen für das Auge kühle Waschungen, Einträufelung von Cocain, Eucain und Holocain, neuerdings auch Adrenalinlösungen in Betracht. Spülungen der Nasenschleimhaut mit lauwarmen schwachen Lösungen, am besten Kochsalzlösung, in Form von Nasendouchen, Einfetten der Nase, Verschliessen der Nase mit Watte schützt den Patienten; gegen das blendende Licht gefärbte Gläser, am besten Klemmer, die den oberen Theil der Nase zusammendrücken. Alle Medicamente wirken nach Verf. besser, wenn sie in Form von Sprays in den oberen Abschnitt der Nase, wo der Riechnerv sich ausbreitet, gebracht werden. Mit Nutzen werden auch kleine Nasenfilter getragen. Als Roborans hat immer Chinin gute Dienste gethan, gegen schweres Asthma die bekannten Asthmaräucherpulver, eventuell Jod. Bei der Wahl von Curorten ist zu bedenken, dass die Patienten, die in der Ebene eben ihr Heufieber überstanden haben, nicht in

höher gelegene Gebirgsorte geschickt werden, wo die spätere Grasblüthe ihnen neue Gefahr bietet. (Ibidem No. 23.)

P. M'Bride (London): *Experiments with Dunbar's Hay Fever Toxine and Antitoxine.*

Verf. experimentirte mit dem Dunbar'schen Toxin und Antitoxin und gelangte zur Ueberzeugung, dass es Dunbar gelungen ist, ein Heufieber-Toxin zu isoliren, sowie daraus ein Antitoxin herzustellen. Es ist jedoch nach der Ansicht des Verf. noch zweifelhaft, ob die Graspollen die einzige Ursache des Heufiebers sind. So sah er einen Patienten, bei welchem dem Heufieber ähnliche Zustände eintraten zusammenhängend mit dem Wetter und zwar jedesmal bei Eintritt von Reif. Aehnliche Zustände hat ferner B. Fränkel unter dem Namen „Eisenbahn-Schnupfen" beschrieben. Verf. hat einen Patienten in Behandlung, der sehr schwere Symptome zeigt, wenn er sich in die Nähe von Pferden begiebt, dagegen während der Heufieber-Saison weniger leidet. Aehnliche Beobachtungen bezüglich der Pferde haben auch andere Autoren gemacht. Es drängt sich daher naturgemäss die Frage auf, ob verschiedene Arten von Toxinen dieselben Erscheinungen hervorrufen, oder ob die Pferde ein ähnliches Toxin bei sich tragen, wie das aus den Pollen gewonnene. Die Frage nach der practischen Verwerthbarkeit des Dunbar'schen Antitoxin ist vorläufig noch eine offene und bedarf noch weiterer Untersuchungen. Die locale Anwendung des Antitoxins kann wohl keinen Schaden verursachen, wenn dies auch bis auf Weiteres nur von sachverständiger Hand und mit kleinen Dosen geschehen sollte; dagegen sollen nach der Ansicht des Verf. subcutane Injectionen noch unterbleiben, bis weitere Untersuchungen Dunbar's dieselben als vollkommen unschädlich nachgewiesen haben. (The Edinburgh Medical Journal, New Series, Vol. XIV., No. 1.)

Prof. V. Czerny: *Ueber die häusliche Behandlung der Tuberculose.*

C. theilt zwei Krankengeschichten mit, aus denen klar hervorgeht, dass man bei Tuberculose auch mit den einfachsten Mitteln manchmal unerwartet gute Erfolge erzielen kann. Allerdings muss man zugeben, dass es kaum eine Krankheit giebt, deren Prognose so unberechenbar ist, wie die Tuberculose. Manchmal führt eine scheinbar leichte Initialform unter den günstigsten äusseren Verhältnissen, bei welchen alles angewandt wird, was Kunst, Wissenschaft und reiche Geldmittel beschaffen können, in raschem Fortschreiten zum Tode, während ein andermal weit vorgeschrittene Fälle wie durch ein Wunder plötzlich zum Stillstand kommen und mit geringer Hülfe, wenn auch nicht zur völligen Heilung, so doch zu einem langjährigen Wohlbefinden gelangen.

C. setzt dann in Kürze die Mittel und Wege auseinander, die sich ihm während seiner langjährigen Praxis bei der häuslichen Behandlung am besten bewährt haben. In erster Linie hebt er die Anregung der Hautthätigkeit hervor, welche zweifellos ein Mittel ist, das bei richtiger Anwendung das subjective Befinden des Kranken hebt, die lästige Neigung zu Schweissen vermindert oder beseitigt und den Appetit und die Ernährung bessert. Schon die Alten haben der Ableitung auf die Haut grosses Gewicht beigelegt, daher die Anwendung der Canthariden pflaster, Fontanellen, Moxen etc. C. hat durch die Anwendung von Jodkali-Salbe in Verbindung mit Schmierseife bei Gelenk- und Knochentuberculosen, die nicht schmerzhaft und nicht vereitert sind, in Form einer milden Effleurage manchmal recht gute Erfolge erzielt.

Wichtiger aber als diese locale Ableitung ist die allgemeine Anregung der Hautthätigkeit. C. ist der Ansicht, dass manche Hydrotherapeuten etwas zu einseitig die Kaltwasserbehandlung bei Lungentuberculose in Form von Douchen und Einpackungen befürworten. Es eignet sich diese Methode nur für Anfangsstadien bei blutreichen Individuen oder für die Reconvalescenz zur Kräftigung. Jedenfalls muss bezüglich der Temperatur der Wasserapplication etc. sorgfältig individualisirt werden: das Gleiche gilt in Bezug auf die Zahl, Temperatur und Dauer der Soolbäder. C. empfahl seinen Kranken methodische Seifeneinreibung mit nachfolgendem Bad oder Uebergiessung schon seit mindestens 20 Jahren, eine Methode, die bekanntlich von O. Kapesser eingeführt wurde. Die methodischen Seifeneinreibungen können Soolbäder in der häuslichen Praxis vollständig ersetzen und leisten manchmal noch mehr, weil sie das ganze Jahr hindurch angewandt werden können. An Stelle der stark reizenden gewöhnlichen grünen Seife lässt C. meistens eine weisse Kaliseife (Sapo alcalinus albus), welche unter dem Namen Silberseife im Handel vorkommt, einreiben. Dieselbe wird meistens dreimal wöchentlich vor dem Schlafengehen mit einem Flanellappen oder Schwamm mit wenig Wasserzusatz auf dem ganzen Körper eingerieben, dann der Kranke in eine wollene Decke eingeschlagen und nach einer halben Stunde mit einer Giesskanne warmen Wassers abgegossen oder im lauen Bade abgewaschen. Die einfache Abwaschung mit Schwamm und Wasser genügt zur Noth ebenfalls, wenn sie auch die Seife nicht so gründlich beseitigt wie ein Bad. Wenn die Haut etwas spröde ist, lässt C. dieselbe mit frischer Butter oder Vaseline etwas einfetten. Milder und für manchen Kranken appetitlicher ist es, wenn man den ganzen Körper mit Seifenspiritus vermittelst eines Pinsels oder Schwammes einreibt. Man kann denselben in einer Stunde, manchmal auch erst nach mehreren bis zu zwölf Stunden abwaschen und damit eine ähnliche Wirkung erzielen, wie durch die Seifeneinreibung. Noch mildere Hautreize sind Ab-

reibungen des ganzen Körpers mit lauem Wasser, dem etwas Natronlauge, Spiritus oder Seifenspiritus beigemischt ist. Diese letzten Modificationen sind besonders bei solchen Kranken wohlthätig, welche das Bett nicht verlassen können.

Selbstverständlich werden auch die sonstigen hygienischen Maassregeln bezüglich Wohnung, Diät etc. nicht vernachlässigt. Mit dem Schlafen bei offenen Fenstern hat C. schlimme Erfahrungen gemacht, wenn nicht genügende Vorsicht beobachtet wurde, um die Zugluft und schnellen Temperaturwechsel hintan zu halten. Für die Bekämpfung des Catarrhs lässt C. mit Salzwasser oder Emserwasser gurgeln, schnupfen und inhaliren und benützt gerne das Latschen-Kiefernöl (Ol. pini pumilionis), von dem 15—20 Tropfen auf kochend heisses Wasser geschüttet und früh und abends 10 Minuten lang eingeathmet werden. (Beiträge zur Klinik der Tuberculose, Bd. I, Heft 2.)

Hans Naumann (Bad Reinerz): *Blutdruckmessungen an Lungenkranken.*

Dass die tuberculöse Lungenschwindsucht eine Krankheit ist, die unter auffallend niedrigen Blutdruckverhältnissen verläuft, ist eine Behauptung, die sich in den Arbeiten über Tuberculose immer wieder findet, wenn überhaupt des Blutdruckes Erwähnung gethan wird. Man kann aber durchaus nicht sagen, dass die Basis für diese Behauptung eine so sichere sei; denn einmal ist die Literatur über den Blutdruck der Phthisiker keine sehr umfangreiche, zweitens ist die Zahl der daraufhin untersuchten Fälle noch eine viel zu geringe, um auf sie fussend sichere Schlüsse zuzulassen, und endlich sind die erhaltenen Ergebnisse nicht immer so kritisch verwerthet, als dass man die ganze Frage als eine völlig geklärte ansehen könnte. Die Untersuchungen des Verf. betreffen 100 Fälle von tuberculöser Lungenphthise, die allen Stadien der Krankheit angehören. Ausgeschlossen aus der Beobachtungsreihe waren solche Fälle, bei denen abnorme Blutdruckverhältnisse von vorneherein zu erwarten waren, also zunächst alle diejenigen, bei denen Temperatursteigerung bestand, weiterhin Arteriosclerotiker und Patienten, bei denen eine pleuritische Schwarte oder ein Herzklappenfehler nachzuweisen war. Der Urin der in die Untersuchungsreihe aufgenommenen Fälle war frei von Eiweiss und Zucker.

N. fand bei seinen Patienten einen hohen Blutdruck in 69 Fällen, einen normalen Blutdruck in 13 Fällen und einen subnormalen Blutdruck in 18 Fällen. Seine Messungen bestätigen daher nicht die Behauptung von dem stets niedrigen Blutdrucke bei Lungenphthise. N. fand weiter, dass von den 69 Patienten, die einen hohen Blutdruck hatten, im 1. Stadium nach Turban 28, im 2. Stadium 22 und im 3. Stadium 19 waren. Die Vertheilung auf die verschiedenen Grade des Processes war also eine ziemlich gleichmässige. Auch die Patienten, bei denen N. einen

normalen und subnormalen Blutdruck constatirte, gehörten ziemlich gleichmässig allen drei Stadien an, so dass er nicht sagen kann, niedrige Blutdruckwerthe decken sich mit vorgeschrittenen Verwüstungen in den Lungen.

Das Studium der Blutdruckverhältnisse bei Phthisikern legte die Frage nahe, ob sich nicht vielleicht bestimmte Beziehungen zwischen Blutdruck und dem Symptom der Haemoptoë herausstellen könnten. Von den 100 Patienten des Verf. hatten 51 wenigstens einmal Lungenbluten gehabt, 49 hatten niemals geblutet. Die Blutdrucksverhältnisse der letzteren waren die folgenden: Hoher Blutdruck bestand in 25, normaler in 8 und subnormaler in 16 Fällen. Bei den 51 Blutern fand N. einen hohen Druck in 44, einen normalen in 5 und einen subnormalen in 2 Fällen, d. h. 86,2 Procent der Lungenbluter hatten einen hohen Blutdruck. Von den 44 Fällen, bei denen N. einen hohen Blutdruck fand, waren im 1. Stadium 24, im 2. Stadium 12 und im 3. Stadium 8 Fälle. Es entfallen also nicht nur die hohen Blutdruckswerthe auf das erste Stadium, sondern auch die Mehrzahl der Lungenblutungen, oder mit anderen Worten: die meisten Haemoptysen entfallen auf die Initialfälle mit hohem Blutdruck. (Zeitschr. für Tuberculose und Heilstättenwesen, 1903, Bd. IV, Heft 6.)

Vulliet (Lausanne): *Hartes traumatisches Oedem des Hand- und Fussrückens.*

Verf. giebt folgende Merkmale der bis jetzt noch nicht beschriebenen Krankheit an: 1. Aetiologie. Gewöhnlich ein gut localisirter Schlag auf den Handrücken; selten rasche Dorsalflexion der Hand. 2. Symptome: In den ersten Tagen nach dem Unfall diffuse Anschwellung auf dem Hand- oder Fussrücken, am stärksten gegen die Finger- oder Zehenbasis. Auf dem Höhenpunkte der Krankheit ist diese Geschwulst hart, elastisch; der Fingerdruck bleibt nicht. Der Handrücken gleicht einem elastischen Kissen, die Haut lässt sich nicht falten; man sieht keine Zeichen von Entzündung und keine Ecchymosen; hingegen spürt man hier und da Crepitation. Der Handballen ist normal. Röntgenbilder zeigen immer die Handknochen unverletzt. Der Druck ist schmerzhaft, active und passive Fingerbewegungen sind gehindert, oft sehr schmerzhaft, hauptsächlich in der Ueberstreckung, der Daumen ist immer frei. 3. Verlauf und Ausgang: Die Krankheit verläuft ausserordentlich langsam. Die Geschwulst bleibt hartnäckig gleich während einiger Zeit, geht hierauf langsam zurück, um im Mittel nach 8—12 Wochen zu verschwinden; oft dauert es noch länger und man findet dann entweder ein hartes, gut abgrenzbares Knötchen oder eine verschwommene Verhärtung auf dem Knochen, welche selten für immer bleibt und mit einer Knochenverletzung nichts zu thun hat. 4. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um ein fibröses,

diffuses Exsudat, das sehr langsam resorbirt wird, sich sogar stellenweise organisiren und so bleibende fibröse Verhärtungen bilden kann. 5. Differentialdiagnose: Das entzündliche Oedem, als Folge einer Infection, bietet sehr abweichende Symptome; es ist weich, roth; man findet eine Eingangspforte und geschwollene Drüsen. Ebenso weich ist das durch Circulationsstörungen verursachte Oedem. Brüche der Metacarpalknochen geben mehr localisirte Symptome mit Ecchymosen; die Dauer der Geschwulst ist weniger lang, das Endresultat ein characteristischer Callus. Ein Bluterguss giebt Ecchymosen, die beim harten Oedem immer fehlen. Die Diagnose ist nur schwierig, wenn das harte, diffuse Oedem aussergewöhnlich lange dauert oder wenn sich an einem Metacarpalknochen localisirte, persistirende Verhärtungen oder Knötchen bilden. 6. Die Behandlung besteht in warmen Bädern. Die Massage erschien Verf. eher schädlich wie nützlich. Druckverbände aus Watte beschleunigen in keiner Weise die Auflösung der Geschwulst. (Centralblatt für Chirurgie, 1902, No. 43.)

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

19 East 47. Strasse.

Sitzung vom 26. September 1902.

Vorsitzender: Dr. Einhorn.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. Schapringer stellt ein 15 Monate altes Kind mit *Spasmus nutans* und *einseitigem Nystagmus* vor. Das Kind, Morris Z., bietet sonst keine Anomalien, insbesondere keine Zeichen von Rhachitis dar. Aufgetreten ist der Spasmus nutans im 4. Lebensmonat. Vortr. sah das Kind zuerst vor etwa acht Wochen. Während des Anfalls warf es den Kopf in den Nacken zurück und schüttelte ihn zugleich seitlich, nach rechts und links. Gleichzeitig wurden die beiden oberen Augenlider stark gesenkt, so dass nur sehr schmale Lidspalten offen blieben, durch welche das Kind mit stark nach unten gerichteten Pupillen blinzelte. Damals war auf beiden Augen verticaler Nystagmus zu beobachten. Nach Aussage der Mutter hatte das Knäbchen während seiner kurzen Lebenszeit wiederholt acute Erkrankungen der Athmungsorgane durchzumachen gehabt. Die Mutter hatte den Kleinen vorher anderweitig in einer Augenheilanstalt

vorgestellt. Dort sagte ihr der Arzt, es wäre zur Zeit nichts für das Leiden zu thun, man müsse warten bis der Kleine drei oder vier Jahre alt geworden sei, dann würde man eine Operation an den Augen ausführen. Der Arzt hatte den Zustand offenbar als congenitale Ptosis aufgefasst. Vortr. wies die Mutter an, den Schlafraum des Kindes aus dem dunkeln Mittelzimmer, in welchem es bisher untergebracht war, in das helle Vorderzimmer ihrer Tenementhauswohnung zu verlegen. Bei dieser Anordnung hielt sich Vortr. an die Theorie von Raudnitz, dass bei der Entstehung des Spasmus nutans der Aufenthalt in dunklen Wohnräumen die Hauptrolle spiele. Die Mutter führte diese Anordnung auch aus und seit jener Zeit hat sich der Zustand des kleinen Patienten auch stetig gebessert.

Am Abend der Vorstellung führt das Kind noch gelegentlich seitliche Schüttelbewegungen mit dem Kopfe aus, doch wirft es dabei nicht mehr den Kopf nach rückwärts, auch tritt kein Senken der oberen Augenlider auf. Nystagmus ist noch zu bemerken, er ist aber seltsamerweise auf das linke Auge beschränkt. Es hat sich also hier ein doppelseitiger verticaler Nystagmus in einen einseitigen verwandelt. Vortr. erinnert daran, dass dies der vierte Fall von einseitigem Nystagmus ist, welchen er in diesem Kreise vorzustellen Gelegenheit hatte (s. Sitzungsberichte in der Monatsschrift, November 1900, März und November 1901). Weitere therapeutische Maassnahmen ausser dem Wechsel des Aufenthaltortes sind nicht in Anwendung gezogen worden. Die Prognose bei dem übrigens ganz intelligenten Kinde ist günstig zu stellen.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Der Fall gehört in die Categorie von Spasmus nutans, es handelt sich aber eigentlich hier nicht um einen Spasmus nutans, sondern es ist ein rotatorischer Krampf vorhanden, zusammen mit verticalem Nystagmus. Es frägt sich nun, was hier die Ursache ist. Rhachitis ist nicht vorhanden. Rhachitis ist ja eine sehr häufige Ursache für Spasmus nutans. Muskelschwäche ist eine der ersten Erscheinungen der Rhachitis. Eine Folge der Rhachitis ist dann eine allgemeine Hyperämie des Hirns und der Meningen. Dadurch also, dass Rhachitis Muskelschwäche und Hirnoedem hervorruft, kann sie solche Erscheinungen wie Spasmus nutans indirect verursachen. Der rotatorische Krampf ist auf beiden Seiten ganz gleich. Es scheint, dass wenn das Kind den Kopf in den Nacken legt, es die seitlichen Muskeln nicht so in der Gewalt hat, als wenn es den Kopf nach vorne hält. Häufig ist doch die Ursache eine centrale. Das Kind hat schon sehr früh diese Erscheinung gezeigt; ob da nun eine Kernveränderung vorhanden ist oder nicht, ist sehr schwer zu sagen. Ich möchte glauben, dass wenn ein Hirnleiden vorhanden wäre, sich dieses Leiden hätte verschlimmern müssen, wogegen das Kind, wie Dr. Schapringer sagt, eher besser geworden ist. Das Kind kann aber auch

rhachitisch gewesen sein und die Rhachitis kann inzwischen abgelaufen sein. — Dr. Geo. Jacoby: Die Fälle sind ja nicht so selten, und ich glaube, dass sie alle in eine Klasse gehören, ob sie nun zufällig den Kopf nach der Seite bewegen oder im Kreise. So viel ich weiss, ist der Zustand schon vor 20 Jahren sehr gut von einem Engländer unter dem Namen Head Jerking associated with Nystagmus beschrieben worden. Es muss ein Zusammenhang zwischen Spasmus nutans und Nystagmus bestehen. Es wurde behauptet, dass bei sehr vielen dieser kleinen Patienten diese Bewegungen aufhören, wenn man ihnen die Augen verbindet. Ob dies immer der Fall ist, weiss ich nicht, sicher trifft dies gelegentlich zu. Auffallend ist fernerhin, dass viele derartige Fälle nach einem Trauma aufgetreten sind. Es muss doch irgend eine centrale Ursache dafür vorhanden sein. So viel steht fest, dass bei dem physiologischen Thierexperimente eine Laesion des Frontallappens immer im Stande ist, eine derartige Nickbewegung mit Nystagmus hervorzubringen. Ich habe ziemlich viele derartige Fälle gesehen und habe mir auch Mühe gegeben, das Endresultat zu verfolgen, und alle die Fälle, die ich genauer verfolgen konnte, sind gut geworden, und zwar mit und ohne Therapie. Es kann sich daher nicht um eine schwere organische Veränderung handeln. Den Mechanismus des Vorganges verstehen wir aber nicht. — Dr. A. Jacobi: Es existirt jetzt ein Namen für den verneinenden Spasmus, Spasmus rotatorius. Ich glaube, dass es sich in vielen dieser Fälle gar nicht um einen Spasmus, sondern um eine Schwäche der Musculatur handelt. Wenn die Kinder allmählich den Kopf halten können, dabei aber die Muskeln noch nicht genügend ausgebildet sind, und sich die Kinder dann bemühen, den Kopf gerade zu halten, dann fängt die Rotation an. Es verhält sich damit geradeso, wie mit der Schwäche der Augenmuskeln, die bei Kindern im Alter von 3—5 Monaten einen zeitweiligen Strabismus hervorrufen kann.

2) Dr. Rudisch: Fall von *Polymyositis und multipler Neuritis.*

Discussion. Dr. Geo. Jacoby: Der Fall ist für mich äusserst interessant. Ich will nicht sagen, dass der Fall ein aussergewöhnlicher ist, denn bei Gelegenheit der Besprechung der Polymyositis hat Eulenburg einige Fälle von Neuromyositis beschrieben. Es sollte uns nicht wundern, wenn wir die neuere Lehre von den Neuronen betrachten, und es wäre viel auffallender, wenn das periphere Neuron sich nicht bei derartigen Erkrankungen betheiligen sollte. Von diesem Standpunkte aus würde ich also an diesem Falle hier nichts so Aussergewöhnliches finden. Der Fall interessirt mich insofern ganz besonders, als wir hier Atrophien haben, die natürlich secundärer Natur sind. Stellen Sie sich den Fall bei einem Kinde vor; der Fall

läuft ab, und Sie sehen das Kind nach einigen Jahren wieder mit Atrophien. Dann würde man die Diagnose Myopathie stellen. Ich habe seiner Zeit die Meinung ausgesprochen, dass viele Fälle von Myopathie nichts weiteres sind als abgelaufene acute Entzündungen, und der Fall hier bestärkt mich in meiner Meinung. Die Fälle von Polymyositis progressiva sind doch anderer Natur, dieselben sind durch schwere Infection bedingt und sind durch Fieber, Schwellung und Teigigkeit der Muskeln, Röthe der Haut klar als Entzündung gekennzeichnet, die einen Muskel nach dem andern angreift und in den meisten Fällen zum Tode führt. Dass es hiervon Abarten aller Art und Zwischenstufen giebt, ist leicht zu verstehen. Auch die Fälle von Myositis ossificans fangen in der gleichen Weise an. Auch der Fall hier wird möglicher Weise noch ein solcher von Myositis ossificans werden, obgleich der microscopische Befund auch noch eine andere Bedeutung zulässt. — Dr. A. Jacobi: Ich freue mich, dass ich in meiner Auffassung dieser Fälle seit vielen Jahren dem gefolgt bin, was Dr. Geo. Jacoby soeben auseinandergesetzt hat. Die Autoren stimmen überein, dass die Muskelatrophien in der grossen Mehrzahl der Fälle wenigstens ursprünglich entzündlicher Natur sind. Unter diesem Eindruck habe ich immer gestanden und ich habe niemals von irgend einer Therapie etwas gesehen, besonders wenn ich den Fall verhältnissmässig früh sah, wenn sie nicht antiphlogistisch war. Ich sah viele Fälle besser werden bei einer mercuriellen resp. Jodtherapie. Die einzige Behandlung, die mir etwas geleistet hat, war immer eine derartige gewesen. Bei diesem Falle hier ist noch ein Punkt zu beobachten, der noch nicht betont worden ist. Der Fall ist nämlich nicht glatt verlaufen, sondern es handelt sich bei ihm um eine ganze Reihe von neuen Anfällen. Die Krankheit fing zuerst an mit einer Geschwulst am Hinterkopf, die nach einigen Tagen wieder verschwand. Für ein Erythema nodosum war der Verlauf ein zu schneller. Es ist sehr wahrscheinlich, dass es sich hier um ein neurotisches Oedem gehandelt hat. Dann hat Pat. eine ganze Reihe von Anfällen gehabt, denen allem Anschein nach eine gemeinsame Ursache zu Grunde lag und zwar eine rheumatische. Rheumatismus ist eine infectiöse Krankheit, die zugleich Nerven und Muskeln befallen kann. Es macht mir den Eindruck, als ob in diesem Falle hier zu wiederholten Malen eine Infection stattgefunden habe. — Dr. Libmann: Ich habe den Fall vor zwei Monaten gesehen und habe auch die Vermuthung ausgesprochen, dass die Krankheit das Resultat einer Infection sei. Blutculturen wurden gemacht, es wurde aber bei denselben nichts gefunden. Ich habe unlängst die Section bei einem Falle von Dermatomyositis gemacht und dabei Staphylococcen im Blute gefunden. — Dr. Rudisch: Was die Zusammengehörigkeit von Neuritis und Myositis anbelangt, so ist diese ein altes Factum. Erb hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass sich zu Myositis leicht Neuritis hinzu-

gesellt. In diesem Falle hier wurde an den Beinen nie Myositis, wohl aber Neuritis beobachtet, an den Armen dagegen Myositis und Neuritis. Wenn es auch klar ist, dass es sich hier um eine Neuromyositis handelt, so ist doch der Zusammenhang nicht zu erklären. Die Oedeme können wir uns leicht erklären durch Mitbetheiligung der Gefässe. Was die Prognose anbelangt, so enden die meisten Fälle letal, es kommen aber auch leichte Fälle vor. Dieser Fall hier ist noch nicht abgelaufen, und wir können eventuell erwarten, dass im weiteren Verlaufe Knoten auftreten in den Muskeln des Respirationsapparates, sowie Lähmungen in diesem Gebiete, und dass der Pat. daran zu Grunde geht. Der junge Mann hat starke Dyspnoe bei raschem Gehen, hat Herzklopfen, Fieber und Schüttelfröste und ist sehr anaemisch geworden. Alle diese Symptome deuten auf einen infectiösen Process hin. Was Dr. A. Jacobi bezüglich der Therapie gesagt hat, ist bei dem Pat. schon zur Anwendung gekommen. Salicylsaures Natrium zeigte für eine Zeit lang eine wohlthuende Wirkung, während Jodkali die Anfälle nicht ganz verhütet hat; allerdings können wir nicht wissen, ob ohne dasselbe die Anfälle nicht schwerer gewesen wären. Ich werde den Mann auf die Möglichkeit hin, dass doch Syphilis mit im Spiele sein kann, nach dem Vorschlage von Dr. A. Jacobi einer Inunctionscur unterwerfen.

3) Dr. Pollitzer: Fall von *Epitheliom.*

Der Mann hier ist 46 Jahre alt, und sah ich ihn zum ersten Male vor 10 Tagen. Er gab an, dass er vor 8 Wochen ein kleines Geschwür an der Oberlippe bemerkt habe. Das Geschwür vergrösserte sich und gleichzeitig stellte sich eine Schwellung der Submaxillardrüsen ein. Als ich den Patienten vor 10 Tagen sah, hatte er an der Aussenseite der Lippe eine von intacter Haut bedeckte Schwellung von ca. 2 cm Durchmesser und an der Innenseite der Schwellung gegenüber einen Spalt, der fast durch die Dicke der Lippe ging. Für die Diagnose kam zunächst Lues in Betracht. Dagegen sprach die grosse Schwellung der Submaxillardrüsen; es konnte keine Initialsclerose sein, denn dagegen sprach das Aussehen, es konnte sich auch nicht um eine gummatöse Erkrankung der Lippe handeln mit Drüsenschwellung, denn die Drüsen waren nicht secundär geschwellt und die Schwellung war viel zu hart für eine Eiterinfection. Epitheliom glaubte ich ebenfalls aus dem Aussehen des Geschwürs ausschliessen zu können und aus der grossen Härte der Drüsen. Als ich hörte, dass der Mann ein Stallarbeiter ist, kam für mich dann noch die Diagnose Actinomycose in Betracht. Bei der microscopischen Untersuchung konnte ich jedoch keine Fäden finden. Ich habe dann mit dem scharfen Löffel etwas aus der Tiefe des Geschwürs geholt, gehärtet und geschnitten und lege Ihnen das Präparat hier vor. Es geht aus demselben hervor, dass es sich doch um

ein Epitheliom handelt. Nach einigen Tagen entwickelte sich aus der Geschwulst ein Geschwür und die Oberlippe ist jetzt perforirt.

Discussion. Dr. Moschcowitz: Ich glaube, bei diesem Falle sind drei besondere Dinge zu sehen. Vor allem ist bemerkenswerth das ausserordentlich rapide Wachsthum des Epithelioms, zweitens das rapide Wachsthum der Drüsen und drittens der rapide Zerfall des Tumors. Ich stelle mir den Verlauf so vor, dass sich zuerst das Epitheliom entwickelte, und dann der kleine Spalt in der Lippe vom Munde aus inficirt wurde. Es handelt sich also um ein Epitheliom mit acuter Entzündung durch Eitererreger, und auf die gleiche Weise erkläre ich mir auch das rapide Wachsthum der Drüsen. — Dr. Toreck: In der Auffassung des Falles als Doppelinfection stimme ich ganz entschieden mit Dr. Moschcowitz überein. Nichtsdestoweniger gehört dieser Fall von Epitheliom der Lippe zu einer Klasse von Epitheliomen, die sich von den gewöhnlichen Epitheliomen in manchen Punkten unterscheiden. 1. fängt das gewöhnliche Epitheliom flächenhaft an, diese Form hier durch eine Afficirung der ganzen Dicke der Lippe; 2. ist die Ausbreitung des gewöhnlichen Epithelioms eine sehr langsame, die Verbreitung dieser Fälle hier eine sehr schnelle und die Prognose ist deswegen auch eine viel schlechtere; 3. sieht man bei dem gewöhnlichen Epitheliom sehr wenig Zerfall des Gewebes der ganzen Lippe, sondern nur einen oberflächlichen, langsamen Zerfall, dagegen bei dieser Form hier einen rapiden Zerfall der ganzen Dicke der Lippe; 4. während bei der gewöhnlichen Form des Epithelioms wenig oder gar kein Eiter zu sehen ist, zeigt sich bei dieser Art von Epitheliom fortschreitende Eiterung. Wir können auch ganz sicher sein, dass sich in der Drüse derselbe Verlauf abspielt. Die Diagnose ist entschieden in diesen Fällen eine sehr schwierige und wird ein solcher Fall unter Umständen auf klinischem Wege von Lues und Actinomycose nicht unterschieden werden können. Ich sage speciell auch nicht von Lues, denn die Gegenwart der Drüsenschwellung spricht nicht gegen Initialsclerose, von welcher wir wissen, dass sie an der Lippe gewöhnlich mit grossen Drüsenschwellungen verbunden ist. Die Diagnose muss in einem solchen Falle durch das Microscop gestellt werden." Dieser Fall würde, wenn er weiter fortschreitet, entweder in kürzester Zeit nicht nur einen totalen Zerfall der linken Lippe und Wange nach sich ziehen, sondern auch jedenfalls auf die andere Seite sich ausbreiten, wie ich dies schon gesehen habe. Fälle dieser Art sind selten.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. Leviseur zeigt eine von ihm angefertigte *Moulage einer Hand mit Erythem.*

Discussion. Dr. Pollitzer: Ein Zustand, der zwei Jahre besteht, kann kaum als Oedem betrachtet werden, es muss hier jedenfalls eine zellige Infiltration vorhanden sein. Der Fall macht vielleicht den Eindruck eines Erythema enduré, allein diese Fälle sind alle nur an den Unterschenkeln beobachtet worden. — Dr. Leviseur: Ich habe auch an das Erythema enduré gedacht, allein dieses kommt, wie Dr. Pollitzer schon gesagt hat, nur an den Unterschenkeln vor und steht gewöhnlich mit Tuberculose in Zusammenhang.

Am Schluss der Sitzung widmet der Vorsitzende Virchow einen Nachruf und fordert die Anwesenden auf, sich von ihren Sitzen zu erheben.

---

19 Ost 47. Strasse.

Sitzung vom 24. October 1902.

Vorsitzender: Dr. Torek.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. J. Roeloffs: Fall von *Osteosarcom des Oberkiefers bei einem Kinde.*

Discussion. Dr. Percy Fridenberg: Der Exophthalmus bei dem Kinde ist ein sehr wichtiges Symptom. Wir sehen, dass die beiden Augen gleichmässig vorgedrängt sind und dass keine grössere Einschränkung der Augenbewegung vorhanden ist. Wir finden aber auch, dass hier nicht nur Exophthalmus vorliegt, sondern dass die Lider selbst geschwollen und verdickt sind, dass also eine Neubildung im Bereiche der Augen selbst stattgefunden hat. Wir finden ferner, dass die Parotisdrüsen, die Drüsen in den Achselhöhlen und Schenkelbeugen vergrössert sind. Ich möchte keine sichere Diagnose ohne vorherige sorgfältige Untersuchung stellen, ich möchte nur soviel sagen, dass das Kind auf mich nicht den Eindruck eines Patienten macht, der schon längere Zeit an einer malignen Neubildung leidet. Das Kind sieht sehr blass aus, und ich möchte mir die Frage erlauben, ob wir es nicht vielleicht mit einer anderen Krankheit zu thun haben, nämlich mit einer multiplen Lymphombildung. Ich habe genau dasselbe Bild zweimal bei Erwachsenen gesehen. Es wäre interessant, zu erfahren, welche Resultate die Blutuntersuchung ergeben hat. Wie Dr. Roeloffs mittheilt, ist die Milz nicht angeschwollen. — Dr. A. Jacobi: Die Milz ist vergrössert und deutlich unter dem Rippenbogen fühlbar. Die Achsel-, Inguinal- und Nackendrüsen sind ebenfalls bedeutend geschwollen. — Dr. Roeloffs: Ich möchte hinzufügen, dass

ich thatsächlich das Kind seit vorigen Samstag nicht mehr gesehen hatte und es auch heute nur flüchtig untersuchen konnte. Ich glaube ziemlich positiv versichern zu können, dass am vorigen Samstag weder Drüsen- noch Milzschwellung vorhanden war. — Dr. Kammerer: Ich möchte mir die Frage erlauben, ob die Highmorshöhle bei der Eröffnung ganz leer war. Denn es will mir nicht einleuchten, dass ein Process in 14 Tagen von einer Seite auf die andere übergegangen sein und dabei die Highmorshöhle freigeblieben sein soll. Eine allgemeine Sarcomatose ruft doch nicht allein eine allgemeine Drüsenschwellung hervor. — Dr. A. Jacobi: Ich weiss nicht, ob ich Dr. Kammerer richtig verstanden habe, ob er der Ansicht ist, dass es sich hier um eine allgemeine Sacromatose handelt. — Dr. Kammerer: Ich denke, dass allgemeine Drüsenschwellung doch gegen ein locales Sarcom spricht. — Dr. Adler: Ich habe das Kind nur ganz flüchtig gesehen, möchte mich aber ganz entschieden der Ansicht anschliessen, dass ohne eine genaue und ausführliche Blutuntersuchung hier an eine Diagnose gar nicht zu denken ist. Nach meiner Ansicht käme hier zuerst eine allgemeine Adenopathie in Frage, dann Hodgekin'sche Krankheit und Tuberculose. Nachher käme allerdings auch noch eine allgemeine Sarcomatose in Betracht. — Dr. Torek: Ich habe das Kind durch das Fluoroscop angesehen und gefunden, dass die Knochenauftreibungen sehr dünner Natur sind. Jedenfalls handelt es sich um eine sehr poröse Knochenstructur, was sich durch das rasche Wachsthum erklären lässt. Die Auftreibungen sind entschieden knochenhart; dieser Umstand und die Ausbreitung leitet mich auch zur Auffassung, dass wir es mit einem Sarcom zu thun haben. Die Sarcome bei kleinen Kindern wachsen ja äusserst schnell, und ich glaube daher, dass die sehr kurze Krankheitsdauer nicht gegen Sarcom spricht.

2) Dr. Torek: Fall einer *reponirten angeborenen Hüftgelenksluxation.*

Diesen kleinen Patienten bekam ich im Juni 1902 in meine Behandlung wegen congenitaler Luxation des rechten Hüftgelenkes. Der Kleine war damals 10 Monate alt. Seitens eines bekannten Chirurgen dieser Stadt war den Eltern gerathen worden, die Correctur der Verrenkung erst in 3—4 Jahren vornehmen zu lassen. Nichtsdestoweniger unternahm ich sofort die Reposition durch das unblutige Verfahren unter Narcose. Die Einrenkung gelang mir auch ohne sehr grosse Mühe. Mittelst Gypsverbänden wurde das Gelenk in der richtigen Lage erhalten. Sie sehen jetzt, dass eine vollkommene Reposition stattgefunden hat. Ich stelle Ihnen das Kind jedoch hauptsächlich deswegen vor, weil es ausser der Verrenkung noch andere Anomalien zeigt. Erstens hat die rechte Hand nur 4 Finger: ferner sind die Finger durch Schwimmhäute mit einander verbunden. Am interessantesten je-

doch ist die Thatsache, dass das rechte Bein kürzer ist, als das linke, so dass es auf den ersten Blick aussieht, als wäre die Hüftgelenksverrenkung gar nicht corrigirt worden. Diese Verkürzung beruht auf einem Unterschied in der Länge der einzelnen Abschnitte der Beine, indem das rechte Femur 5/8 Zoll kürzer ist, als das linke; die rechte Tibia um 3/8 Zoll kürzer als die linke.

(Bemerkung bei der Revision obiger Notizen: Herr Prof. Lorenz, der während seines Aufenthaltes in New York von den Eltern des Kindes wegen der Verkürzung des rechten Beines consultirt wurde, constatirte, dass die Reposition des Hüftgelenkes vollkommen gelungen sei.)

3) Dr. Jaeger demonstrirt einen *Stützapparat für Coxitis.*

4) Dr. Pisko: Fall von *Xanthoma tuberosum diabeticum.* (Der Fall ist in der Januar-Nummer als Originalarbeit publicirt worden.)

Discussion. Dr. Goldenberg: Es ist zu dem Falle wohl nicht mehr viel hinzuzufügen. Der erste derartige Fall wurde uns hier vor ca. 8 Jahren von Dr. Geo. W. Jacoby vorgestellt. Neu an diesem Falle hier sind für mich die keloidartigen Streifen in den Ellenbogenbeugen. — Dr. Pisko: Ich möchte betonen, dass während der Behandlung der Procentgehalt an Zucker so sehr heruntergegangen ist, dass derselbe jetzt nur mehr etwas über 1 Procent beträgt gegenüber 4 Procent vor der Behandlung. Die Streifenbildung in den Ellenbogenbeugen findet sich ebenso schön in den Kniekehlen und war noch vor 5—6 Wochen ebenso deutlich im Nacken zu sehen. — Dr. Goldenberg: Ich möchte fragen, ob die Beweglichkeit resp. Unbeweglichkeit der oberen Extremität nur durch diese Streifenbildung bedingt ist. — Dr. Pisko: Subjective Störung war nur in den Fingerspitzen zu bemerken, sonst nirgends.

5) Dr. Kammerer: Der Pat. ist seit 4 Jahren krank. Seine Krankheit begann mit krampfartigen Schmerzen im Magen, die später wieder verschwanden. Pat. litt in der letzten Zeit hie und da an Erbrechen, hat jedoch nie Blut gebrochen; er hat in den letzten drei Jahren ungefähr 20 Pfund an Gewicht verloren. Die krampfartigen Anfälle hatten sich im vorigen Sommer verschlimmert, traten gewöhnlich Nachmittags um 4 Uhr ein und wurden zuletzt so heftig, dass Pat. das Hospital aufsuchen musste. Der Appetit war sehr schlecht, Stuhlgang nicht angehalten. Bei der Untersuchung im Hospital war objectiv an dem Pat. gar nichts nachzuweisen, ein Tumor war im Epigastrium nicht zu fühlen. Der Magen enthielt sehr viel Salzsäure nach den Probemahlzeiten. Blutuntersuchung negativ. Keine Milchsäure. Ich nahm bei dem Pat. an, dass es sich um eine Stenose mässigen Grades handle und zwar in der Nähe des Pylorus. Bei der Operation stellte sich heraus, dass wir es mit

einem ganz exquisit sanduhrförmigen Magen zu thun hatten. Der grössere Theil des Magens befand sich links gegen die Cardia hin, der kleinere Theil rechts. Die stenosirte Stelle war gerade noch für den Zeigefinger durchgängig. Ich erweiterte die stenosirte Stelle. Interessant war, dass ich sofort bei der Eröffnung des Magens direct vor der stenosirten Stelle auf einen Defect der Magenwand stiess, in welchen ich meinen Finger ungefähr ¾ Zoll tief einführen konnte. Es handelte sich augenscheinlich um ein Magengeschwür, das zur Stenose geführt hatte. Pat. machte eine ungestörte Reconvalescenz durch, und hat seit der Operation, d. i. seit 9. Juni, 20 Pfund an Gewicht zugenommen.

6) Dr. G. Mannheimer: Fall von *Mammacarcinom bei einem Manne.*

Discussion. Dr. Kammerer: Ich stimme mit Dr. Mannheimer überein, wenn er die Pleuritis als Beweis dafür ansieht, dass das Carcinom durch die Thoraxwand hindurchgewachsen ist und die Pleuritis hervorgerufen hat. Ich glaube nicht, dass die Fälle gar so selten sind. Ich habe selbst schon mehrere derartige Fälle operirt und ich möchte gerade betonen, dass die meisten Fälle, die ich gesehen habe, fast alle in inoperablem Zustande zu mir gekommen sind. — Dr. Danziger: So weit ich fühlen konnte, ist der Tumor noch auf dem Pectoralis major verschiebbar und ich möchte daher annehmen, dass es sich in der Pleura um eine Metastase, nicht um ein Durchwachsen des Tumors handelt. — Dr. Willy Meyer: Ich möchte auch der Ansicht beistimmen, dass es sich um eine Metastase handelt. Die Mammacarcinome haben häufig bei Männern einen maligneren Character wie bei Frauen. Ich glaube, dass der Mann hier ohne Operation länger am Leben bleiben wird, als mit Operation. — Dr. Torek: Ich halte den Fall ganz entschieden für äusserst ungünstig, denn die Affection erstreckt sich nicht nur auf die Achseldrüsen, sondern auch noch unter der Clavicula sind deutlich geschwollene Drüsen zu fühlen und ebenso oberhalb der Clavicula. Die Pleuritis ist meiner Ansicht nach sicher als Metastase aufzufassen. Die Mammacarcinome bei Männern sind nach den Beobachtungen Aller bösartiger wie bei Frauen. — Dr. Adler: In pathologisch-anatomischer Beziehung möchte ich bemerken, dass die Carcinome der männlichen Brustdrüse fast immer unter dem Bilde eines Skirrhus auftreten und schon bei einem kaum wallnussgrossen Tumor, der noch gar keine subjectiven Symptome macht, sind die Lymphdrüsen in weiter Ausdehnung ergriffen. Ich entsinne mich eines Falles, der sofort operirt wurde und zwar mit vollständiger Ausräumung der Achselhöhle. Der Pat. hatte den Tumor erst eine Woche vor der Operation entdeckt. Der Tumor

war kaum so gross wie eine kleine Kirsche. Es wurde bei der Operation alles weggenommen, was wegzunehmen war. Trotzdem erlag der Patient in kürzester Zeit einer so allgemeinen Carcinomatose, dass hervorragende Kliniker sogar die Diagnose Miliartuberculose stellten.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. Willy Meyer: Es handelt sich in beiden Fällen um Gallenblasenaffectionen und zwar im ersten Falle um multiple Leberabscesse im Anschluss an Gallensteinkolik bei einer 64jährigen Dame, die vor 7 Jahren Gallensteinkoliken schwersten Grades gehabt hat. Patientin hatte seit diesen 7 Jahren dauernd zu leiden und war nur ganz selten frei von Beschwerden. Im December vorigen Jahres erkrankte sie wieder mit allen Erscheinungen acuter Gallensteinkrankheit; Icterus trat auf und verschwand wieder. Patientin wurde bettlägerig, liess sich aber nicht operiren. Da trat plötzlich im Anschluss an Icterus ein halbstündlicher Schüttelfrost ein. Dies fiel gerade in die Zeit, als Pat. zur Cur nach Karlsbad reisen wollte. Puls normal, Temperatur dauernd erhöht, unregelmässig. Pat. sah blass aus mit einem ganz leichten Icterus; nur die Conjunctiven waren leicht gefärbt, der Stuhl sah mässig braun aus. Die Gallenblase war nicht zu fühlen. Wegen der Fiebererscheinungen und Schüttelfröste wurde Pat. längere Zeit mit Chinin behandelt, natürlich ohne Erfolg. Blutuntersuchung negativ. Man konnte dann keine andere Diagnose stellen als Lithiasis mit Cholangitis. Wir riethen der Pat. von der Reise nach Europa dringend ab und schlugen eine Operation vor, die dann auch am 23. Juni ausgeführt wurde. Pat. ging es nach der Operation ganz ausgezeichnet, die Temperatur fiel, Puls 84. Bis zum 17. Tage nach der Operation entleerten sich 18—20 Steine aus dem Ductus hepaticus. Da trat auf einmal wieder Fieber auf mit unregelmässigem Typus und wir standen nun vor der Differentialdiagnose bezüglich der Ursache dieses Fiebers. Entweder konnte es sich um eine allgemeine Sepsis handeln oder es ging vielleicht doch noch Malaria nebenher. Die Blutuntersuchung war negativ ausgefallen. Die Malariabehandlung war ebenfalls erfolglos gewesen und es konnten auch keine Plasmodien gefunden werden. Es blieb daher nur noch die Annahme eines Leberabscesses übrig. Am 20. Juli bekam die Patientin plötzlich heftige Athembeschwerden und es trat rauhes Reiben und Rasseln auf. Dies und die sonstige Untersuchung machte es dann klar, dass es sich um einen subphrenischen Abscess gehandelt hatte, der jetzt mit dem Pleuraraume communicirte. Pat. wurde dann mehrfach punctirt, wobei wir Eiter fanden. Rippenresection, dabei Einreissen der Pleura. Wir betrachteten uns genau die Leber und sahen aus einer ganz kleinen

Stelle an der Oberfläche derselben Eiter auslaufen. Schliesslich fanden wir den Abscess an der Convexität der Leber; die Abscesshöhle wurde entleert und drainirt. Nach der Operation trat wieder Fieber ein; wir punctirten wieder und entleerten noch mehr Eiter. Schliesslich ging die Patientin 7 Wochen nach der ersten Operation zu Grunde. Die Section ergab, dass die Cholecystitis vollkommen ausgeheilt war und dass auch an den Gallengängen nichts mehr von Entzündung nachgewiesen werden konnte. Ferner fanden sich multiple Leberabscesse und Empyem der Lunge. Der Fall deutet wiederum auf frühzeitige Operation hin.

Der zweite Fall betraf einen 42jährigen Mann, der Ende Juli in meine Behandlung kam. Der Mann war zuvor immer gesund gewesen und gab an, 8 Wochen vor seiner jetzigen Erkrankung an deutlicher Gallensteinkolik mässigen Grades gelitten zu haben. Bald darnach wurde er icterisch. Der Icterus wurde intensiver, der Stuhl wurde weiss, erhielt aber bald wieder seine normale Farbe. Pat. litt an dauerndem Magendruck, nahm an Gewicht ab, und der Icterus kehrte wieder zurück. Die Untersuchung ergab eine deutlich geschwollene, schmerzhafte Gallenblase. Der Mann wurde dann citronengelb, und dies liess mich der Familie sagen, man müsse an eine maligne Neubildung denken. Eine Operation wurde vorgeschlagen, aber nicht angenommen, weil an demselben Abend der Stuhl wieder braun wurde. Der Fall zog sich auf diese Weise wieder eine Woche hin, dann bekam der Pat. plötzlich wieder Schmerzen, und jetzt wurde operirt. Es fand sich ein Tumor an der Papilla Vateri. Am 4. Tage nach der Operation trat starkes Fieber ein und wir öffneten die Wunde, wobei sich multiple Nercosen zeigten. Nach weiteren 24 Stunden ging Pat. an Cholaemie zu Grunde.

Dr. L i b m a n n demonstrirte die zu den beiden Fällen gehörenden Präparate.

Discussion. Dr. K a m m e r e r: Die Fälle sind sehr interessant. Bei dem ersten Falle hat mich sehr interessirt, dass die künstliche Oeffnung, die wir ja hie und da vermuthen können, 7 Jahre bestanden hat, und ich halte dies für ein seltenes Vorkommniss. Zum zweiten Falle möchte ich bemerken, dass ich gefunden habe, dass die Compression des Ductus choledochus durch einen Tumor mit grosser Ausdehnung der Gallenblase einhergeht, im Gegensatz zur Verstopfung durch einen Stein, wo das Kleinwerden der Gallenblase ein ausserordentlich wichtiges und sicheres Symptom bildet. Ich würde deshalb in diesem Falle von vorneherein geneigt gewesen sein, einen Tumor anzunehmen. Ich möchte deshalb auch die Dehnung der Gallenblase nicht immer als die Ursache heftiger Kolikschmerzen ansehen. — Dr. M a n n h e i m e r: Ich möchte hinsichtlich des zweiten Falles fragen, warum in diesem Falle eine Exstirpation des Tumors unmöglich war. — Dr. W i l l y M e y e r: Ich möchte

noch hinzufügen, dass gerade der Wechsel in der Färbung des Stuhles ausserordentlich irreführend war. Der Mann hat sogar die vorgeschlagene Operation abgewiesen, weil sein Stuhl sich plötzlich wieder rothbraun färbte. Der Tumor war ein Adenocarcinom. Dr. A. Ripperger, Secretär.

Feuilleton.

Der Pseudo-Specialist.*)

Von Dr. H. Artmann.

Es hat sich in den letzten Jahren ein Specialistenthum herausgebildet, welches auf das energischste bekämpft und ausgerottet werden sollte. Das Rohmaterial, aus dem sich die Pseudo-Specialisten recrutiren, sind Aerzte, die Schiffbruch in der allgemeinen Praxis erlitten haben und wiederum solche, die direct vom College, ohne jede practische medicinische Ausbildung, von einer specialistischen gar nicht zu reden, ohne Weiteres als Specialisten sich niederlassen. Die erstere Species, wenn noch im Urzustande, verschwindet gewöhnlich plötzlich von der Bildfläche und geht nach Europa, um in der alten Heimath in München die Biere, in Strassburg die Gänseleberpasteten, in Heidelberg die Rheinweine, in Paris die Cocotten zu studiren. Nach absolvirtem Pensum von 6—8 Monaten, in denen er sich genügend erholt, erscheint der Professor wieder in unserer Mitte, um sich dann in der „Medicin-Avenue" oder deren Nachbarschaft als Specialist für Magen- und Darmerkrankungen oder für sämmtliche tuberculöse Processe oder für das noch enger begrenzte Gebiet der Affectionen des Anus niederzulassen. Die Herren Collegen werden durch lithographirte Karten benachrichtigt, dass „ER" wieder da ist, einige befreundete Apotheker werden informirt, dass sie wieder die Ehre haben dürfen, unserem „lumen" Patienten zuzuschicken, eventuell auch gegen Commission, auch die besser situirten früheren Patienten, die sich bereits nach einem anderen Familienarzt umgesehen hatten, dürfen sich wieder vertrauensvoll an das neue grosse Licht am Specialistenhimmel wenden.

So sitzt nun unser Prophet unter den Propheten und wartet auf die auf 5—10 Dollar erhöhte „Fee" für die neu importirte Wissenschaft; da aber auch für ihn die alte Regel gilt, dass noch keine Praxis vom Himmel gefallen, so lässt er sich natürlich auf

*) Aus „Deutsch-Amerikanische Apotheker-Zeitung", 1903, No. 3.

Bitten und Drängen der Patienten bewegen, auch einige „kleine" Lungenaffectionen, sowie eventuell Herzleiden, Geschlechtskrankheiten zu behandeln, ist doch sein Specialfach „Magen" oder „Mastdarm" gar zu sehr begrenzt! Sobald er dann einigermaassen sesshaft gewórden, werden ein oder zwei Vorträge in seinem Specialfach, deren Inhalt natürlich anderen Autoren nachempfunden ist, in einer medicinischen Gesellschaft gehalten, worin unter Anderem mit alta voce seine Bekanntschaft mit unseren europäischen Coryphaen der medicinischen Wissenschaft betont wird.

So hören wir dann, was Virchow ihm anvertraut, was Pasteur ihm zugeraunt, was Recklinghausen ihm beichtete und wie Bollinger sich die Sache erklärte. In Discussionen lässt er sich nur über sein Fach berührende Themata ein, und wenn möglich, frischt er noch ein oder zwei Tage vor einer solchen sein etwas rostig (sit venia verbo!) gewordenes Gedächtniss auf, um dann der erstaunten Corona mit dem Allerneuesten aufzuwarten und um den grossen Specialisten dem Unbewussten zu documentiren. „Legal advertisement" nennt man es hierzulande.

Dieser Pseudospecialist, der sich seit einer Reihe von Jahren hier eingeschlichen hat und noch einschleicht, vollständig ungenügend vorbereitet für die allgemeine Praxis, von einer Specialsausbildung gar nicht zu reden, verdient gelinde ausgedrückt, keine Beachtung. Es ist dieses Individuum kein Specialist, er behandelt Alles, was da kreucht und fleucht, unter dem Deckmantel des Specialismus, um finanziell sich besser zu stellen. Niemand schadet dem Ansehen der Medicin und dem tüchtigen Specialisten mehr als dieser „Practitioner", an den sich der allgemeine Arzt noch vertrauensvoll wenden soll. Kein Geringerer als Virchow warnte vor dem vielen Specialisiren in der Heilkunde, da so gar leicht der Ruin ihrer wissenschaftlichen Ausübung die Folge sein könnte und doch sind die wahren Specialisten durch den enormen Umfang, den unsere Wissenschaft angenommen, absolut nöthig geworden.

Der Zweck dieser Zeilen ist, vor diesem Auswuchs des Specialistenthums zu warnen. Der intelligentere Theil der Bevölkerung, insbesondere auch der Hausarzt und Apotheker, sollte Patienten darauf aufmerksam machen, dass von solchen „Specialisten" kein besonderer ärztlicher Rath zu erholen oder zu erhalten sei — dann wird dieser Parasit des Aerztestandes und des Publicums bald von der Bildfläche verschwinden.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Neuere Heilmittel in der Augenheilkunde.* 1. *Dionin.* Dieses Morphiumderivat, von Wolffberg vor nahezu drei Jahren zum ersten Mal angewandt, hat speciell im letzten Jahre das Interesse vieler Augenärzte erregt und wurde mit demselben eine Anzahl von Thierversuchen gemacht, um die Wirkung des Präparates zu erklären. Unmittelbar nach Einträufelung desselben, unter den Augen des Arztes, entsteht in einigen Secunden eine Hyperaemie, dann Oedem des Lides und der Conjunctiva, so dass nach wenigen Minuten die Hornhaut wie in einem Walle eingelegt erscheint. Der leichte Schmerz ist unterdessen verschwunden und die Erscheinungen gehen nach 1—2 und mehr Stunden vollkommen zurück. Wie Vermes (Mittheilungen des Budapester israelitischen Hospitales 1901) u. A. constatirte, kommt es nach Einträufelung von Dionin fast sofort zur Dilatation der Gefässe, worauf eine enorme Erweiterung der Lymphgefässe folgt. Der Abfluss des Blutes steht mit dem gesteigerten Zuflusse in keinem Verhältniss, wodurch eine Transsudation in die umgebenden Lymphräume zu Stande kommt. Die Thierversuche von Luniewski (Die Heilkunde 1902, No. 2), die mit Tusche angestellt wurden, beweisen, dass der Strom, der die Tuschpartikeln fortschwemmt, im dionisirten Auge viel rascher und stärker ist, dass es sehr bald zur venösen Stase kommt und zu starker, lebhafter Lymphcirculation. Schmitz (Wochenschr. für Ther. u. Hyg. des Auges, 1901, No. 38) u. A. bestätigen, dass das Mittel sich in seiner Wirkung sehr bald abschwächt, so dass man von der 5-proc. Lösung rasch bis zur Anwendung des Mittels in Substanz steigen müsste, und Batalin (Petersburger ophthalmol. Ges., März 1902) meint, dass das Mittel nur eine Woche wirksam sei; was damit in dieser Zeit nicht erreicht ist, ist auch nicht mehr zu erreichen. Interessant ist ferner, dass das Mittel beim Kaninchen, Meerschweinchen und der Maus wirkungslos, beim Hunde und Pferde so wirksam ist, wie beim Menschen (Luniewski), ferner, dass einzelne Individuen sich vollkommen refractär dagegen verhalten. Man kann also von einem localen Serum sprechen. Das Mittel ist indicirt, um rasche Resorption von Entzündungsproducten und serösen Exsudaten zu bewirken und um länger dauernde Anaesthesie zu erzeugen. Diese ist nicht sehr intensiv und kommt nicht immer zu Stande. Nach Darier (La Clinique opth. 1902, No. 1) wirkt das Dionin lähmend auf die peripheren Nervenenden. Nach ihm soll man mit einer 2-proc. Lösung beginnen und dann ansteigen. Andere beginnen gleich mit 10 und 20 proc. Lösungen. Was die therapeutische Wirkung betrifft, so ist dieselbe vor allem bei Iritis evident. Namentlich auf die Schmerzen ist Dionin von grossem Einfluss. Das Atropin, das bisher wirkungslos war, erweitert nach Einträufeln von Dionin innerhalb drei Stunden die Pupillen, die Schmerzen schwinden, die Synechien reissen (Darier, Nicolaier, Wochenschr. für Therap. u. Hyg. des Auges); sehr gut wirkt das Mittel ferner bei Keratitis parenchymatosa, zur Aufhellung frischer Trübungen u. dgl. (Vaida, Orv. hetilap, 1901, No. 55.) Luniewski will bei Glaskörpertrübungen und Netzhautabhebung damit Er-

folg gehabt haben, was von anderer Seite geleugnet wird. Bei Episcleritis und Glaucom ist seine Wirkung schmerzstillend.

2. *Suprarenin.* In seiner Wirkung ist es der Gegensatz von Dionin und macht nach wenigen Secunden die Conjunctiva blass, wird daher bei hyperämischen Zuständen der letzteren angewendet. Kyle (Zeitschr. für Augenheilk. VI, No. 1) empfahl das Suprarenin als Adjuvans der eigentlichen Therapie bei Conjunctividen, namentlich bei acutem Trachom. v. Gross preist es als schmerzlindernd bei Episcleritis und bestätigt die angenehm anaemisirende Wirkung bei Operationen, namentlich bei oberflächlichen Eingriffen (Tenotomie, Chalazion). Nach v. Gross wird Suprarenin nicht überall gleich bereitet, und so erklärt es sich, dass ein Präparat z. B. Brennen in der Conjunctiva erzeugt, was wiederum bei einem anderen Präparate nicht der Fall ist. An Verlässlichkeit das Suprarenin überragend übt das jüngst dargestellte *Adrenalin* eine sehr adstringirende Wirkung auf die Capillaren aus. Nach Bukofzer (Allgem. med. Zentralztg., 1902, No. 44) erzeugt ein Tropfen einer 1-100 proc. Lösung nach einer Minute eine vollkommene Blutleere der Conjunctiva bulbi und der Lider. Interessant ist, dass das Mittel auf eine an habitueller Hyperaemie leidende Schleimhaut keine Wirkung ausübt, und dass sein Effect sich hart an der Stelle abgrenzt, wo es hinwirkt, sich also nicht dem Verlaufe der Gefässe nach erstreckt und nicht in die Tiefe. Das Adrenalin kommt als Solutio adren. hydrochlor. in den Handel.

3. *Jodipin*, in subconjunctivalen Injectionen. Es lag nahe, dieses Mittel, welches als gutes Ersatzmittel der Jodsalze intern und subcutan verwendet wurde, auch subconjunctival zu versuchen. Naegeli (Archiv für Augenheilk., 44. Bd., Ergänzungsheft) hat nach einer Reihe von Thierexperimenten eine 10-proc. Lösung des Jodipins bei Scleritis, Keratitis, Chorioiditis und Neuroretinitis im Ganzen bei 8 Fällen angewendet. Die Erfolge, namentlich bei Scleritis und Keratitis, waren, nachdem alle möglichen Heilungsversuche vorausgegangen waren, befriedigend. Injicirt wurden jeden dritten bis achten Tag 0,2—0,3 von 10 proc. Jodipinlösung. Schmeichler, der das Präparat in drei Fällen angewandt hat und dessen guten Einfluss auf die Resorption von Entzündungsproducten bestätigen kann, weist darauf hin, dass das injicirte Oel Wochen, ja Monate bis zu seiner vollständigen Resorption benöthigt. Werden die Injectionsstellen nicht sehr peripher angelegt, so muss das Individuum die auffallenden gelben Schwellungen sehr lange (mehrere Monate) zur Schau tragen, was besonders bei Damen nicht gleichgültig ist. Wird häufig an einem Auge injicirt, so dringt das Oel mit der Zeit in die Haut ein, Beweis dafür, dass an derselben gelbliche, chloasmaähnliche Flecken zu Tage treten, die nach und nach wieder verschwinden. (Wiener med. Wochenschr., 1903, No. 2.)

— *Zur Behandlung der Psoriasis* empfiehlt Dreuw eine Salbe, die zwar keine neuen, bisher unbekannten Bestandtheile enthält, sondern aus einer Anzahl gegen Psoriasis empfohlener Mittel besteht in bestimmter, vielleicht theoretisch paradoxer Anordnung, jedoch in practisch wirksamer Potenz. Die Formel dieser Salbe ist folgende:

Rp. *Acid. salicyl.* 10,0 (Keratolytische Wirkung)
Chrysarobin.
Ol. rusci nov. aa 20,0 (Reducirende Wirkung)
Sapon. virid. (Lepismatische Wirkung)
Vaselin. aa 25,0 (Constituens)

Die Anwendung der Salbe findet in der Weise statt, dass Morgens und Abends die einzelnen Psoriasisplaques mit einem Borstenpinsel überpinselt werden. Dies geschieht etwa 3—4 Tage lang. Es bildet sich eine schwarze Schicht über dem Herd, die sich dadurch lockert, dass man den Herd mit Pasta Zinc. sulf. dick überstreicht (dreimal am Tage) und dann mit grüner Seife oder Benzinwatte die Stelle reinigt. Auf der gesunden Haut der Umgebung bleibt dann die schwarze Schicht kleben, während die kranken Stellen bald abschilfern und durch Fortsetzung dieser Cur bald zur Heilung kommen. Etwa entstehende Reizung und Schmerzhaftigkeit wird dadurch beseitigt, dass man die Umgebung des bereits mit Salbe bestrichenen Psoriasisherdes mit Zinkleim überzieht, eventuell auch den Herd selbst; Zinkschwefelpaste mildert auch den Schmerz und löst zu gleicher Zeit das Salbenhäutchen. (Monatshefte für pract. Dermatologie, Bd. 36, No. 9.)

Kleine Mittheilungen.

— Im preussischen Medicinalministerium wird ein Gesetzentwurf betreffend eine besondere *Approbation für Specialärzte* ausgearbeitet. Ein derartiges Gesetz würde dem von weiten ärztlichen Kreisen geäusserten Wunsch entgegenkommn, dem Missbrauch, der mit der Bezeichnung „Specialist" häufig getrieben wird, zu steuern. Dieser Wunsch ist auch in der von den bayerischen Aerzten entworfenen Standesordnung zum Ausdruck gekommen, indem es dort heisst: „Die Bezeichnung „Specialist" ist ohne genügende Vorbildung unstatthaft." Es ist klar, dass ein derartiger Paragraph nur durch bestimmte gesetzliche Vorschriften wirksam gemacht werden könnte. Nicht zu verkennen ist, dass gegen die Einführung von Beschränkungen bei Führung des Specialarzttitels von Anfang an gewichtige Bedenken geltend gemacht wurden. Wie weit es dem beabsichtigten Gesetzentwurf gelingen wird, diese Bedenken zu entkräftigen, wird sich erst beurtheilen lassen, wenn Näheres über denselben bekannt wird. Es wird gut sein, bis dahin mit der Critik zurückzuhalten. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 4.)

— *Hypnose vor Gericht. Der Fall Mainone.* Vor dem Schwurgerichte in Köln kam folgender Fall zur Verhandlung: Vor einigen Jahren tauchte in Köln ein Magnetopath auf. 1901 gab es daselbst schon 40—50 solcher Individuen; eines davon heisst Herr Müseler. Herr Müseler hält auch Unterrichtscurse im Heilmagnetismus ab. Einen solchen Cursus zu im Ganzen 6 Halbstunden nahm der 32jährige Karl Mainone mit, bis dahin Schlosser, Specereihändler, Geschäftsreisender; dann ging er hin,

miethete zwei Zimmer und annoncirte in den Tagesblättern: „Heilmagnetismus, Behandlung der meisten inneren und äusseren Krankheiten durch Magnetismus, Kräuter und Wasser (selbst in veralteten Fällen mit überraschenden Heilerfolgen). Dankschreiben über meine bisher erzielten Heilungen liegen zur Einsicht offen. Karl Mainone."

Seine Hausleute haben eine 20jährige Schwester, ein recht beschränktes, in sexualibus unwissendes Mädchen, das hochgradig myopisch ist, und wenden sich dieserhalb an den Wundermann und Hausgenossen. Behandlung der Kurzsichtigkeit „ist gerade seine Specialität." Er lässt die Hypnotisirte sich entkleiden, findet am linken Auge Ansatz von grauem Staar und entdeckt ein interessantes Neoplasma, eine Blase im Unterleib, die mit dem Auge durch einen Nerv verbunden und mit „schlechtem Harn" gefüllt sei. Zum Zwecke der nothwendigen Evacuirung dieser Flüssigkeit manipulirt er in dem Genitale des Mädchens und zwar in den nächsten Sitzungen mit steigernder Gründlichkeit. In der dritten hypnotischen Sitzung wird der Beischlaf vollzogen; die Flüssigkeit, von der sich das Mädchen nachher benetzt fühlt, ist der „schlechte Harn". Das Mädchen fällt dann auf der Strasse um, ist wochenlang verwirrt und benommen. Die Angehörigen sorgen für ärztliche Untersuchung und Strafverfolgung. Herr Müseler wurde auch als Zeuge und Sachverständiger vernommen und erklärte unter seinem Eide, „alle Krankheiten durch Magnetismus heilen zu können, mit Ausnahme solcher, in denen organische Fehler vorlägen". Die Geschworenen konnten sich nicht entschliessen, in der Hypnose einen willenlosen Zustand im Sinne des Gesetzes zu sehen, und so wurde Mainone nur wegen thätlicher Beleidigung zu 18 Monaten Gefängniss verurtheilt.

Zu dem Falle bemerkt der Referent der Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, dass der Fortsetzung des Heilgewerbes durch den Mainone nach seiner Entlassung aus dem Gefängnisse nichts im Wege steht. Wenn er aber (oder der Herr Müseler) den viel verantwortlicheren Kleinhandel mit Spiritus treiben oder Turnunterricht ertheilen will, so bedarf er dazu gemäss der Gewerbeordnung einer behördlichen Concession, die zu versagen ist, wenn gegen die Zuverlässlichkeit des Bewerbers Thatsachen vorliegen. (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1903, No. 9.)

— *Wie in Oesterreich Curpfuscherei bestraft wird* lehrt folgender Fall: In Schölschitz bei Brünn besteht eine Vegetariercolonie (gleichzeitig theosophische Secte), als deren Spitze und geistiges Haupt der Grossindustrielle Friedrich Waniek anzusehen ist. Die 33jährige Frau eines Mitgliedes dieser Colonie erkrankte am 25. October v. J. an einer incarcerirten Leistenhernie. Auf Anrathen eines auswärtigen „Naturheilkundigen" wurde die „Beule" zunächst mit Bädern und Umschlägen behandelt, am 3. November schnitt hierauf der Gärtnergehülfe Zerndt, gleichfalls ein Mitglied der genannten Colonie, die „Beule" mit einem Gärtnermesser auf; jetzt erst holte man einen Arzt, und zwar den mit magnetischen Curen sich befassenden Dr. St. aus dem ungefähr eine Stunde entfernten Brünn und endlich am 5. November bei Nacht den ungefähr eine Viertelstunde weit wohnenden Districtsarzt. Dieser fand die Frau

bereits todt und constatirte an der Leiche in der rechten Leistengegend eine 10 cm lange und 6 cm breite, im höchsten Grade brandige, grau verfärbte Wunde, aus derem Grund brandige Gewebsfetzen hervorragten. Infolge der gerichtlichen Anzeige wurde die gerichtliche Obduction vorgenommen, welche eine Schnittwunde mit Verletzung des eingeklemmten Darmes ergab. Der operirende Gärtnergehülfe Hermann Zerndt wurde vom k. k. Bezirksgerichte in Brünn zu 50 Kronen (!!) Geldstrafe und der Ehegatte der Verstorbenen zu 100 Kronen Geldstrafe verurtheilt. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1903, No. 10.)

— *Sectio caesarea quer durch die Bauchdecken, ohne Naht des Uterus und ohne Narcose, durch eine Hebamme.* Als „Beitrag zur Chirurgie in warmen Ländern" erzählt der Marinestabsarzt Dr. Hans Ziemssen, gew. Regierungsarzt in Kamerun, eine interessante Beobachtung. Er wurde eines Tages nach einer entfernten Missionsstation gerufen und erfuhr bei seiner Ankunft, dass eine Missionärin, welche früher einen Hebammencurs durchgemacht hatte, an einer Gebärenden vor 31 Stunden den Kaiserschnitt gemacht hatte. Eine 36jährige weisse Primipara bekam vorzeitig Wehen, denen bald der Blasensprung folgte. Bildung einer Kopfgeschwulst, die in der Schamspalte sichtbar wurde. Grosse Wehenschwäche, Schwellung und intensive Verfärbung des rechten grossen Labiums. Der Kopf trat nicht tiefer trotz Bäder etc. Da ärztliche Hülfe nicht erreichbar war, so führte die Frau die Section caesarea selbst aus und zwar ohne Narcose mit einer kleinen Impflancette. Die Operateurin weiss, dass sie den Längsschnitt machen müsse, wagt es aber nicht, macht dafür einen 16 cm langen Querschnitt, 2 cm unterhalb des Nabels, findet dabei die gefüllte Harnblase bis zum Schnitt hinaufreichend, „was sie froh werden lässt, dass sie den Querschnitt gewählt". Nun wurde auch der Uterus quer durchtrennt, wobei das Kind leicht verletzt wurde. Entwicklung des Kindes, welches bald Lebenszeichen gab, Abnabelung und Lösung der Placenta, welche durch den Schnitt gerade durchtrennt worden war. Bei der dreiviertel Stunden dauernden Operation soll die Frau recht still und ergeben dagelegen haben. Der Uterus contrahirte sich angeblich so rasch, dass an ein Nähen nicht gedacht wurde. Naht der Bauchwunde mit vorher durch Auskochen steril gemachtem Catgut. Starker Blutverlust während der Operation, sodann grosse Schwäche, weshalb Wein gereicht wurde. Harnblase entleerte sich später spontan, das Oedem des r. Labium majus ging zurück. Als Dr. Ziemssen die Operirte 31 Stunden später sah, war sie recht anaemisch, verlangte aber eine kräftige Fleischspeise. Temperatur 37,7 Grad. Puls 84. Rechtes Labium maj. mannsfaustgross angeschwollen, blauröthlich verfärbt. Sehr geringer blutiger Ausfluss aus der Scheide. Circa 20 Nähte an der Bauchwand. Der Uterus hinter der Symphyse fest contrahirt als harter Tumor zu fühlen. Keine Schmerzen, Incontinentia urinae, weshalb Patientin schon dreimal in ein anderes Bett gelegt wurde. Keine innere Untersuchung. Auch Tags darnach kein Fieber, gutes Allgemeinbefinden der Operirten, weshalb Dr. Ziemssen abreist, nachdem er genaue Anweisungen für die Nachbehandlung gege-

ben hatte. Innerhalb der nächsten 14 Tage nur einmal Temperatur bis 37,9 Grad. Vollständige Resorption der Catgutfäden in der Bauchwunde; auch das r. Labium schwillt ab, nachdem ein grosser Klumpen übelriechenden, geronnenen Blutes aus demselben entfernt wurde. Genesung. Das Kind, ein kräftiger Knabe, starb 6 Monate später an Dysenterie. (Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte, 1903, No. 6.)

— Die Zahl der *Ausländer, die in Frankreich Medicin studiren,* hat in weniger denn 10 Jahren um die Hälfte abgenommen. Im Jahre 1895 studirten noch 1137 Ausländer in Paris Medicin, während es in diesem Jahre nur mehr 585 sind. Indem die Gazette Médicale de Paris diesen Rückgang sehr bitter beklagt, schiebt sie die Ursache hiervon dem Umstande zu, dass einmal die Erwerbung des französischen Diploms unnöthigerweise für die Ausländer erschwert wurde, man könnte ganz gut zwischen dem „diplome du praticien" und dem „diplome d'Etat" unterschieden, dass andererseits es der Facultät zu Paris an den nöthigen Cursen, wie solche der Entwickelungsgeschichte, Teratologie etc., sowie verschiedenen Lehrern von Ruf mangele, die unbedingt der Facultät angehören sollten; die ausländischen Studirenden bleiben daher entweder in Deutschland oder wenden sich wo anders hin als nach Frankreich. (Gaz. méd. de Paris, 1903, No. 24.)

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, Juli 1903. No. 7.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber Blaulicht.*)

Von Dr. B. Reko, Chicago.

Seitdem Finsen die Behandlung acuter Exantheme mit rothem Lichte inaugurirte, hat sich eine Reihe von Forschern mit den interessanten Untersuchungen über die therapeutische Verwerthbarkeit der farbigen Strahlen beschäftigt, die ja berufen zu sein scheinen, eine neue Aera der physicalischen Therapie zu eröffnen. Wenn nun auch nicht geläugnet werden darf, dass die Resultate dieser Forschungen auf dem noch dunklen Gebiete der Lichttherapie vielfach noch unsicher und angreifbar sind, so steht doch zu erwarten, dass sich die Thatsachen, die sich bereits einer allgemeinen Anerkennung erfreuen, immer mehren. So ist man sich bereits eines eigenthümlichen Antagonismus zwischen der Farbenwirkung der beiden Spectralenden bewusst, ein Antagonismus, der sich schon physicalisch darin äussert, dass die durch blaue Strahlen hervorgerufene Phosphorescenz durch rothes Licht wieder ausgelöscht wird, ferner, dass letzteres im Stande ist, die vorhergehende Wirkung blauer Strahlen auf gewisse Silbersalze wieder zu paralysiren.

Wiewohl man nun keineswegs eine einheitliche Wirkung der einzelnen Farben, sondern nur graduelle Unterschiede erwarten darf, so zeigen sich bei ihnen doch, besonders im Vergleiche mit den weiter auseinander liegenden Spectralfarben, gewisse Eigenthümlichkeiten schärfer ausgeprägt. So üben die rothen und gelben Strahlen eine entschieden tonische Wirkung auf das Ner-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt Chicago, am 21. Mai 1903.

vensystem aus, wirken anregend auf die Psyche, wie dies bei Melancholikern beobachtet wurde. Finsen's Untersuchungen zeigten ihre Wirksamkeit auf den Verlauf der „acuten Exantheme"*), Winternitz und Helmer die günstige Beeinflussung pustulöser Eczeme. Die blauen und violetten Strahlen zeigen hier wieder eine entschieden vasomotorische Wirkung. Sie wirken beruhigend auf Aufregungszustände, z. B. Maniakalischer. Das grüne Licht hat meines Wissens noch keinen Freund in der Therapie gefunden. Mir ist nur bekannt, dass weiland Prof. v. Stellwag ihm einen besonders wohlthuenden Einfluss auf das Auge zuschrieb, welcher Anschauung es zu verdanken ist, dass in den meisten Hörsälen des Wiener allg. Krankenhauses die Schulbänke einen grünen Anstrich erhielten.

In den letzten Jahren wurden durch den russischen Arzt Minin Veröffentlichungen über Erfolge mit blauem Lichte bekannt, die geeignet waren, in den betheiligten Kreisen Erstaunen hervorzurufen. Minin bediente sich blauer Glühlampen von 10—40 NK, mit denen er die erkrankten Körperstellen 10—15 Minuten lang bestrahlte und damit Eczeme, Haematome, Lymphome, Infiltrate und Brandwunden in kurzer Zeit geheilt haben will. Auch empfiehlt er die Bestrahlung statt der Schleich'schen Methode als Anaestheticum (bei tuberculösen Ulcera, traumatischen und serösen Gonitiden, Lupus, Lumbago, Neuralgie, Gonorrhoe und Ulcus molle).

Deutsche Forscher, die Nachprüfungen anstellten, konnten die Sache nicht in so rosigem Lichte sehen, obgleich einzelne, wie z. B. Marcuse zugestanden, bei chron. Eczemen und Alopecia recht ermunternde Erfolge gesehen zu haben. Kaiser in Wien hat in der Gesellschaft der Aerzte über Heilerfolge mit dieser Behandlung bei Lungentuberculose berichtet. Seine Berichte erfuhren aber heftigen Widerspruch von Seiten Holzknecht's, Kraus' und Bie's. Holzknecht steht sogar auf dem extremen Standpunkte, dass jede Lichttherapie innerer Erkrankungen aussichtslos ist, dass es eine Tiefenwirkung des Lichtes nicht geben kann, „da keine Strahlung existirt, die für tiefliegende Processe curativ anwendbar sei, ohne zugleich die oberen Gewebsschichten zu zerstören." Demgegenüber ist jedoch erwiesen, dass durch die Finsen'schen Methode tiefsitzende Lupusknötchen

*) Neuerdings vielfach bestritten, so auch jüngst von Dr. Schamberg in New York.

geheilt werden können, und zwar ohne Zerstörung der oberflächlichen Schichte. Ferner berichtet Sciascia einen Fall von Abdominaltuberculose, der durch Bestrahlung mit blauem Lichte geheilt wurde. Das erinnert an die den Chirurgen bekannte Thatsache, dass Peritonitis durch einfache Laparotomie, also vielleicht Exposition dem Licht, geheilt werden kann.

Die Apparate, deren man sich in den vorstehenden Versuchen zur Production des blauen Lichtes bediente, sind recht mannigfaltig. Doch kommt neuerdings immer mehr die sogenannte combinirte Lichtheilmethode mittels Scheinwerfer-Bogenlampe zur Geltung, weil bei ihr die Intensität der Wirkung bedeutend erhöht ist. Der Apparat, dessen wir uns bedienten, stammt von Reiniger, Gebhardt und Schall und ist im wesentlichen eine Bogenlampe mit Reflector, die beide in einen Eisenblechcylinder einmontirt sind. Der Apparat kann direct an die Hauptleitung angeschlossen werden oder man benutzt einen Transformer. Erstere Verbindung hat den Nachtheil, dass sie unöconomisch ist, indem ein Widerstand eingeschaltet werden muss, der den Ueberfluss zerstört. Ferner entstehen auch durch die Entnahme so grosser Stromesintensitäten Schwankungen im Nachbarstrome, die die Regelmässigkeit des Betriebes beeinträchtigen könnten. Die Lampe verzehrt 2750 Watt und das durch den Apparat erzeugte Licht hat neben einer ganz bedeutenden Wärmeentwicklung eine Intensität von circa 5000 NK. Durch den Reflector wird das austretende Licht concentrirt und fällt auf einen Schirm, der verschiebbar in einem Rahmen eingestellt ein Blauglasfenster besitzt, hinter welchem der Patient postirt wird.

Was nun die Wirkung der Strahlen, die das Filter passirt haben, betrifft, so setzt sich diese aus der Licht- und Wärmewirkung zusammen. Die erstere hängt wiederum von der Farbenzusammensetzung ab. Wie man sich durch das Spectroscop überzeugen kann, werden breite Bänder in Roth, ein schmaler Streif in Gelb und ein schwaches Band in Grün durch das Cobaltglas absorbirt, während die blauen und violetten Strahlen vollständig durchgehen. Auch ein Theil der ultravioletten Strahlung passirt das Filter. Auf die Anwesenheit der letzteren ist die grüne Fluorescenz des Minerals Willemit und die blaue Phosphorescenz von Calciumpolysulfid (luminous salt) zurückzuführen. Die stark actinische Wirkung kommt allerdings auch den blauen Strahlen zu, doch ist sie schwächer wie die des ultravioletten

Lichtes, wie ein einfacher Versuch mit Soliopapier lehrt. Das Auftreten der Goldstein'schen Nachfarben bei gewissen Salzen der Alkali- und Erdmetalle, denen sich bekanntlich Holzknecht zur Bestimmung der Intensität der X-Strahlen bedient, konnte ich beim blauen Licht ebenfalls beobachten und ist, wie auch die Entladungsfähigkeit des blauen Lichtes, auf negativ geladene Electricität der Wirkung der ultra-violetten Strahlen zuzuschreiben. Dennoch bilden die blauen Strahlen das Hauptquantum der Zusammensetzung.

Welches sind nun die Wirkungen des blauen Lichtes auf den Organismus? Zunächst sind es solche, die dem Licht im allgemeinen zukommen:

1) zeigt sich die Oxydation gesteigert, indem, wie Quinck nachwies, das Haemoglobin durch Belichtung desoxidirt wird;

2) besitzt es eine pigmentbildende Wirkung, und da durch eine erhöhte Pigmentablagerung auch die Bildung derselben gesteigert wird, ergiebt sich auch ein gesteigerter Haemoglobingehalt;

3) gewisse Gewebselemente, wie Blut, Eiter, Muskel, Leber sind im Stande, unter Belichtung mehr Sauerstoff aufzunehmen. Daraus resultirt eine erhöhte Gewebsathmung, die sich auch in der gesteigerten CO_2-Ausscheidung äussert.

Gewisse andere Lichtwirkungen zeigen sich speciell im blauen Lichte gesteigert. Dazu gehört die bactericide Wirkung, die ja nach Bie allen Strahlen gemein ist, aber mit dem Ende der Strahlen steigt, so dass die blauen, violetten und ultra-violetten Strahlen die stärkste Wirkung zeigen, besonders auf Typhus-, Diphtherie-, Pest- und Anthraxbacillen. Ich möchte hier auch den interessanten Befund Richardson's erwähnen, dass durch Belichtung von frischem Urin sich Wasserstoffsuperoxyd bildet, aus welchem durch Bacterienwirkung Sauerstoff abgespalten wird, der wieder die Bacterien tödtet. Dass den blauen Strahlen eine wichtige Rolle im Chemismus des Organismus zukommt, lässt sich schon daraus entnehmen, dass das Absorptionsspectrum des Blutes neben Streifen in Gelbgrün hauptsächlich Absorptionsbänder im blauen Theil des Spectrums aufweist, womit schon nach empirischen Erfahrungen physiologische Veränderungen verbunden sind. Auch kann ich aus meinen Erfahrungen die eminent vasomotorische Wirkung des blauen Lichtes bestätigen.

Eine wichtige Frage ist noch die nach der Tiefenwirkung des blauen Lichtes. Es wurde nachgewiesen, dass die blauen Strahlen tiefer zu dringen im Stande sind, als selbst die ultravioletten Strahlen und noch in tiefen Schichten Veränderungen hervorrufen können, wie dies schon bezüglich der Resorption der tiefsitzenden Lupusknötchen erwähnt wurde. Gadneff führte Glasröhrchen, die mit Chlorsilber gefüllt waren, Kaninchen unter die Haut, und constatirte nach Belichtung Reducirung derselben. Soluch a war im Stande, Reducirung durch blaue Strahlen zu erhalten, die zuvor durch den Nacken gegangen waren. Die Strahlen einer Bogenlampe von 25 Ampère und 110 Volt können durch den ganzen Körper durchdringen. Freund konnte trotz der stark absorbirenden Kraft des Blutes mit Hilfe des Gitterspectographen nachweisen, dass die blauen Strahlen bis zur Cadmiumlinie durch die blutgefüllte Epidermis zu dringen im Stande sind.

Die Wirkung des blauen Lichtes auf den Gefässapparat wird noch erhöht durch die gleichzeitig erzeugte strahlende Wärme, die eine profuse Schweissbildung hervorruft und durch die erhöhte Circulation, die die Resorptionskraft des Lichtes steigert. Auch die bactericide Wirkung des Lichtes wird durch Erhöhung der Temperatur bekanntlich gesteigert.

Diese Eigenschaften machen die combinirte Lichtheilmethode zu einem werthvollen therapeutischen Behelfe. Wenn es auch heute noch nicht gelingt, die Indicationen ihrer Anwendbarkeit abzugrenzen, so ist nach unseren klinischen Erfahrungen ihr therapeutischer Werth auf bestimmtem Gebiete, speciell der Dermatologie, ein zweifelloser.

Ueber die klinischen Erfahrungen mit dem blauen Lichte wird Herr Dr. L. E. Schmidt seinerzeit Bericht erstatten.

Literatur.

Freund. Radiotherapie 1903.

Marcuse. Zeitschr. für diät. u. physic. Therapie, 1903.

Minin, Med. Woch. 1901, Nos. 12, 13, 36, 37, 51.

Winternitz u. Helmer, Bl. für Hydrotherapie, 1900.

Méritoux. La lumière electrique bleue, ses effects thérapeutiques. Revue clinique d'andrologie and gynécologie 1902, VII.

Siebel. Casuistik zur therap. Verwerthbarkeit des blauen Lichtes. Med. Woch. 1901, II.

Sciascia. La fototerapia. Rome 1902.

Bleyer, Light, its therap. importance in Tuberculosis as founded upon scientific researches., Journ. of Tuberc., Oct., 1902.

Piffard. Medical Record. March. 1903.

Occultismus, Psychologie und Medicin.*)

Einiges aus der neueren Literatur ihrer Grenzgebiete.

Von Dr. Karl Gumpertz.

Jetzt nach Verurtheilung des Blumenmediums Anna Rothe werden manche Leute und namentlich Aerzte glauben, dass sich nicht blos der Offenbarungsspiritismus, sondern jedwedes occulte Phänomen durch Betrug, Taschenspielerei, allenfalls noch durch Selbsttäuschung des Publikums erklären lasse. Demgegenüber müssen wir daran denken, dass auch in der unbelebten Natur gewisse magische Kräfte spielen. Du Prel[1]) verweist mit Recht auf die ohne die räumliche Verknüpfung zu Stande kommende „Telegraphie ohne Draht", die Durchdringung undurchsichtiger Körper mittlest X-Strahlen, schliesslich die Aufhebung der Gravitation durch magnetische bezw. electrische Anziehung. Vor der Entdeckung dieser Phänomene hat man sie auch in das Reich des Aberglaubens verwiesen! Nach du Prel sind die in der Literatur des Occultismus vielfach berichteten Levitationserscheinungen bei sog. Heiligen und Medien (Home) in gleicher Weise durch Erleichterung infolge von Od-Ausstrahlung bezw. Anziehung seitens verwandter Od-Capacitäten erklärbar. Ein Mittelglied zwischen magischer Physik und magischer Psychologie bilden die „sensitiven Ruthengänger", dann folgen als Ausbeute magischer Psychologie die eigenthümlichen Beziehungen zwischen Magnetiseur und Somnambulen (exteriosirtes Od, v. Reichenbach, Rochas), bei welchem der Somnambule die vom Magnetiseur genommene Nahrung schmecken, an seinen Gedanken theilnehmen soll etc., die somnambule Diagnose, die Hell- und Ferngesichte; letztere können auch so zu Stande kommen, dass die Retina medial veranlagter Personen für Röntgenstrahlen empfänglich ist.

Während nun du Prel auf der einen Seite beim Magnetismus einen reellen Uebergang von Strömungen vom Magnetiseur auf den Somnambulen annimmt und Moll's Erklärung des hypnotischen Rapportes bekämpft, erkennt er doch daneben die Macht der Suggestion an und schildert — in wesentlicher Uebereinstimmung mit dem modernen Hypnotismus — wie durch Monoideismus, sei er nun auto- oder fremdsuggestiver Prove-

*) Aus „Deutsche med. Presse," 1903, No. 9.

nienz, bedeutende Heilerfolge und andere psychische Mehrleistungen hervorgerufen werden können. Wenn jemand trotz eifrigen Nachdenkens eine Aufgabe nicht lösen oder ein werthvolles Actenstück nicht finden kann und er dann im Traume seinen verstorbenen Freund oder Lehrer erblickt, der ihm die Lösung bezw. den Verbleib angiebt: so bedarf es hier keiner spiritistischen Erklärung. Der Gedanke ist als Monoideismus in den Schlafzustand übernommen und findet seine Lösung unter traumhafter Dramatisirung. Du Prel sieht auch Stigmata, welche man ja — z. B. durch Zeichnen eines Kreuzes auf die Haut Hysterischer — hervorrufen kann, für Zeichen des Monoideismus an; durch einen solchen Denkprocess sollen auch Blitzfiguren zu Stande kommen. Hier muss der Autor die Möglichkeit offen lassen, dass auch Momentphotographieen durch Blitzlicht aufgenommen werden können, da man einmal auf der vom Blitze getroffenen Altardecke einer Kirche Worte aus dem geöffneten Gesangbuche abgebildet fand.

Auffallend ist, dass du Prel, der doch für mystische Vorkommnisse, wie Materialisationen, Wahrträume u. ähnl. gern das Zeugniss wissenschaftlich hervorragender Personen anführt, der Experimente Richet's über Gedankenübertragung nicht Erwähnung thut. Richet[2]) zieht aus seinen zahlreichen Versuchen an Somnambulen folgende Schlüsse.

„Es besteht in gewissen psychischen Zuständen bei sehr wenigen Personen ein Wahrnehmungsvermögen, das von unserem gewöhnlichem Erkenntnissorgan grundverschieden ist. Für dieses giebt es weder Raum noch Zeit noch ein materielles Hinderniss. Der Magnet zieht das Eisen durch eine undurchsichtige Scheidewand hindurch an. In analoger Weise unterscheidet die hellsehende Person die groben Umrisse einer Zeichnung durch ein undurchsichtiges Couvert hindurch.

Hier sind zwei Hypothesen möglich. 1) Es giebt in der Materie Kräfte, die unseren Sinnen und deshalb unserem Verstande unbekannt sind. 2) Gewisse Eigenschaften der lebenden oder leblosen, denkenden oder nicht denkenden Materie, die unseren normalen Sinnen unzugänglich sind, werden gewissen Personen in bestimmten Momenten zugänglich".

Edmund Parish[3]) versteht unter Telepathie Beeinflussbarkeit des Menschen unter Ausschluss jeglichen Eingriffs über einen der bekannten und anerkannten Sinne hinweg.

P. hat zu der als Thema gewählten Critik des telepathischen Beweismaterials die umfangreiche Enquête der Society for Psychical Researches (S. P. R.) über Wachhallucinationen verwendet. — Nun gehört zu einem telepathischen Vorgange: 1) das Erlebniss des Berichterstatters, 2) ein davon unabhängiges Ereigniss, 3) die Gleichzeitigkeit beider.

Unter 17,000 Antworten, welche die S. P. R. erhielt, waren 1942 Wachhallucinationen, darunter 1112 des Gesichts, 381 Phantasmus of the Living — 65 angebliche Todescoincidenzen.

Welcher Connex besteht nun zwischen Ereigniss und Erlebniss?

Eine zufällige Todescoincidenz wäre — wie P. nach der Wahrscheinlichkeitsberechnung entwickelt — nur bei 1:19,000 zu erwarten. Man müsste somit ein wirkliches Fernsehen annehmen, wenn sich nicht verschiedene Einwände erheben liessen, nämlich

1) Retroactive Hallucination.

2) Nachträgliche Erinnerungs-Adaptation: die hallucinirte Gestalt bleibt mehrere Tage unerkannt, dann wird die Gesichtstäuschung der inzwischen eingelaufenen Todesnachricht adaptirt.

3) Die Natur der Wachhallucinationen bei Gesunden ist der Grund, weshalb innerhalb dieser Serie zu viel (440 mal zu viel) Coincidenzen zu finden sind. Die Coincidenz ist selbst Anlass und Ursache dazu, dass eine Trugwahrnehmung als Wachhallucination erinnert wird.

4) Wenn für den Inhalt einer Trugwahrnehmung die Inhalt bildenden Elemente aufzeigbar sind, so ist es nicht erlaubt, die Hallucination als das Endglied einer anderen „heterogenen Kette" von Ursachen zuzuschreiben, so lange dieser zweite Causalzusammenhang nur ein hypothetischer ist.

Prof. Sidgwick hat aus der Enquête des S. P. R. die Schlussfolgerung gezogen: „Die Sterbenden erzeugen selbst ihre Erscheinungen." Nach Parish darf nur so geschlossen werden: Es sind unter rund 20,000 Wachhallucinationen 50 Todescoincidenzen gefunden worden. Das Verhältniss der Zufallscoincidenzen beträgt nur 1:19,000, also müssen in der Gruppe von 20,000 Personen 19,000×50 Gesichtstäuschungen (Träume etc.) stattgefunden haben.

Moritz Benedikt[4]) hält Telepathie (sprachlich richtig Telaesthesie) für einen instictiv correct gewählten Ausdruck; es sei ein Leiden des gesunden Menschenverstandes dabei.

B. zieht zur Erklärung der Ferngefühle die Wirkung des Shocks heran. Plötzliche Ereignisse, physische und psychische Erschütterungen, lassen einen bleibenden Eindruck für's Leben zurück entweder in Form triebartiger Angst oder souverän das Leben beherrschender Vorstellungen und Gefühle.

Auf solche Erlebnisse führt B. bei sich selbst ein triebartiges Erschrecken vor Stieren und bellenden Hunden, sowie eine „Schiefe-Ebene-Angst" zurück. Er erwähnte auch die abergläubische Angst vor der Zahl „Sieben" bei einem ihm befreundeten höchst denkklaren Gelehrten.

Zwei hochbegabte Personen, die B. kannte, waren überzeugte Telepathie-Gläubige. Eine Dame, die scharfsinnigste Anhängerin H ä c k e l's, bekam in ihren Entwicklungsjahren eine bange Ahnung über das Schicksal ihres Bruders, der blühend und gesund verreist war. Sie wehklagte eines Abends, dem Bruder sei etwas Unheilvolles geschehen und an demselben Abende kam die Nachricht von seinem plötzlichen Tode. Hierdurch ist nach B. bei dieser Dame ein Erkenntnissshock mit Hülfe des Gefühlsshocks hervorgerufen worden. Die Dame habe dann die Hypothese eines rudimentären, bei einzelnen Personen höher entwickelten Fernfühligkeitsorganes aufgestellt. B. hält dies für gänzlich unberechtigt. Bei näherer Revision des Seelenprocesses wäre ein associativer Zusammenhang zwischen Geahntem und Geschehenem zu ermitteln gewesen.

Der zweite Fall betrifft B.'s Secretär, einen höchst critischen Kopf, der aus den allerkleinsten Verhältnissen hervorgegangen an der Telepathie festhielt, weil seine ungebildete Mutter einmal ein Krachen im Kasten gehört hatte, was auf den Tod einer Verwandten hinweisen sollte. Dieser junge Mann, ein socialistischer Parteiführer, der jung an Morphiumsucht zu Grunde ging, hatte auch aus Opposition gegen die Gesellschaft sich der von der „pharisäischen Wissenschaft" ignorirten Lehre angenommen. Diese „Paradoxomanie" finde sich gelegentlich bei hochverdienten Gelehrten.

B. geht nun auf die „Gedächtnisslegenden" ein.

Abgesehen von allen Täuschungen bei der Ueberlieferung lehre schon die Mechanik solcher Legendenbildung, dass bei einem Angstzustande die Angst sich besonders mit einem abwesenden oder in Gefahr befindlichen Angehörigen beschäftigt und, wenn ein gefürchtetes Unglück wirklich geschieht — die Vor-

ahnung auf das Fernfühligkeitsorgan geschoben wird. Ist das Unglück aber nicht geschehen, so wird eben die Vorahnung vergessen.

Verf. erwähnt seine eigenen fernfühligen Erlebnisse (plastische Phantasie, Ausmalung von Rede und Gegenrede, Erinnerung an vergessene Personen, mit denen man gerade zusammentrifft etc.). B. besuchte in Sevilla einen spanischen Collegen und in Paris Charcot und fand Beide gerade mit einem B.'schen Artikel beschäftigt. In beiden Fällen war die Gesetzmässigkeit an dem Zufalle analysirbar.

Mit der physiologischen Fernwirkung beschäftigt sich Dr. Ferdinand Elm in zwei Broschüren.[5]) [6]) Verfasser, der an einem Stotterübel leidet, will beobachtet haben, dass Personen, die in seine Nähe kamen — selbst durch eine Wand hindurch — von Räuspern, Husten etc. befallen seien. Durch seinen — unausgesprochenen — Willen habe er bisweilen die Uebertragung der Neurose verhindern können. Bei der Uebertragung einer Neurose will E. selbst als Medium fungirt haben. Sein Vater litt an nervösem Darmcatarrh, welcher auf den zur Ferienzeit im Hause weilenden Sohn — wie er in mehreren Jahren beobachtete — stets so überging, dass nach drei bis vier Anfällen Immunität gegen weitere Ansteckung eintrat. Merkwürdigerweise wurde die Neurose auch durch von dem Vater zuvor gelesene Zeitschriften übertragen; wurden diese einer Temperatur von 95° C. (zwei Stunden im Brutschranke) ausgesetzt, so erschienen die Wirkungen abgeschwächt.

„Einen weiteren höchst interessanten Fall von indirecter Uebertragung beobachtete ich bei Gelegenheit des Vertauschens meiner Bettdecke mit derjenigen des Sohnes meiner Wirthin. Gleich in der darauffolgenden Nacht erkrankte derselbe an ausserordentlich heftigen Krampfhustenanfällen, die sich jeden Morgen wiederholten und erst im Verlaufe eines Jahres langsam zurückgingen."

Diese Nervenkräfte sollen unwillkürlich in derselben Weise in der Ferne wirken wie die Willensconcentration (sic!) des Hypnotiseurs auf sein Medium. — Ich brauche wohl nicht auszuführen, dass die Beobachtungen des Verf. auf Exactheit keinen Anspruch machen dürfen, und dass er selbst starker Autosuggestion unterworfen ist.

Fernempfindungen, speciell Hellsehen werden wie andere

psychische Mehrleistungen gern einem abnormen Bewusstseinszustande, der Ecstase, dem spontanen oder dem hypnotischen Somnambulismus, dem Trance der Spiritisten zugeschrieben.

Die Ecstase definirt Achelis[7]) geradezu als eine eigenthümliche Steigerung unserer seelischen Kräfte über den normalen Durchschnitt. Bekanntlich ist die Ecstase bei religiös Verzückten und Büssern etwas sehr gewöhnliches, und die ein mönchisches Leben verlangenden Religionen geben geradezu Anweisungen zur künstlichen Herbeiführung dieses abnormen Zustandes, welcher den alten Indern zur Erlangung des „höheren Wissens" und Befreiung von der Wiedergeburt diente. Dem Versenkungskundigen werden übernatürliche Eigenschaften — Durchdringung der Materie, die Möglichkeit sich in die Luft zu erheben u. a. — zugeschrieben; andererseits soll gerade im Momente der Erkenntniss der transcendalen Unio mystica das Bewusstsein schwinden[8]). An diese Anschauungen erinnern die griechischen Mysterien, die Gnostiker, die mittelalterlichen Mystiker.

Ribot[9]) bringt die Analyse des Seelenzustandes eines Ecstatikers.

„Ich sage, wie es mir mehrmals vorgekommen, als würde mein Körper zu leicht, als ob mir die ganze Schwere von demselben hinweggenommen, und zwar zuweilen dergestalt, dass ich gleichsam nicht spürte, wie ich die Füsse auf den Erdboden setzte. Wenn jemand sich in der Verzückung befindet, bleibt der Leib wie todt, so dass er oftmals mit sich nichts vornehmen kann, wo sie ihn erfasst, sitzend mit geschlossenen Augen, mit offenen Händen, so bleibt er allezeit. Denn wenn man auch nicht die Sinne verliert, so ist's mir doch etliche Male begegnet, dass ich völlig bewusstlos geworden bin, jedoch selten und nicht lange. Das Gewöhnliche ist, dass man in Verwirrung geräth und dass, wenn man auch nichts äusserlich vorzunehmen im Stande ist, man doch wie aus der Ferne versteht und hört."

Danach scheint es, als ob der im abnormen Zustand befindliche eben aus der Dumpfheit seiner Sinneswahrnehmungen auf einen fernen Ursprung derselben schliesst.

Wer da die Empfindung hat, als ob ihm die Schwere genommen werde, wird unter Umständen nachträglich glauben und auch andere zu überzeugen suchen, dass er sich wirklich in die Luft erhoben habe. Derartige Angaben der Theilnehmer einer

spiritistischen Sitzung hat Eduard v. Hartmann durch „Hallucionseinpflanzung" zu erklären versucht — einen Vergleich, der wohl selbst noch der Erklärung bedarf.

Bei uncivilisirten Völkern soll häufig ein sogen. sympathetischer Rapport vorkommen. Achelis citirt die von Bastian überlieferte Erzählung eines Indianerhäuptlings: Sein Grossvater war von dem Glauben beherrscht, dass er nach Ablauf von vier Jahren einen weissen Mann finden würde, der sein Vater sei. Unter dem Impuls dieser Vision wandert er westwärts bis zu einem bestimmten Platze und hier traf er, wie er vorausgesagt, einen Franzosen, durch den sein Stamm einen Bund mit Frankreich schloss.

Gegen ein so erfülltes Ferngesicht erheben sich natürlich die oben erwähnten Bedenken: Erinnerungsadaptationen etc. Immerhin kann eine ganz specielle Sensitivität zu einem mittelst unbewusster Schlüsse vorgeahnten Ereignisse führen; man denke nur an die Funde der sensitiven Ruthengänger (vgl. du Prel, l. c.).

Wie Pferde in der Wüste auf weite Entfernungen Wasser wittern, so haben vielleicht Wilde oder in der Einöde lebende Menschen eine Witterung für Annäherung von Menschen oder Thieren, insbesondere wenn durch Furcht und Ermattung der Monoideismus gesteigert ist.

Der Oberst John Mason Brown war an der Spitze einer Reisegesellschaft auf der Suche nach einer Bande von Indianern irgendwo in den weiten Prärieen längs der Nebenflüsse der Copper-mine und Mackenzie-Flüsse. Gefahr, Enttäuschung und die Ermattung auf dem Zuge bewogen einen nach dem anderen sich davon zu machen, bis von den ursprünglichen zehn nur noch drei da waren. Auch sie standen auf dem Punkte, die offenbar hoffnungslose Suche aufzugeben, als sie gerade mit einigen Kriegern der Bande zusammentrafen, die sie suchten. Diese waren durch einen ihrer Aerzte ausgesendet, um die Weissen zu finden, deren Pferde, Waffen, Anzug und persönliche Erscheinung er genau beschrieb, eine Schilderung, die dem Obersten Brown durch die Krieger wiederholt wurde, ehe sie ihre zwei Gefährten erblickten. Als späterhin der Priester, eine aufrichtige und arglose Natur, gebeten wurde, dieses seltsame Zusammentreffen zu erklären, konnte er keine andere Erklärung vorbringen,

als diese, dass er sie hätte kommen sehen und auf ihrer Reise sprechen hören[10]).

In neuerer Zeit hat man begonnen, den ungewöhnlichen Bewusstseinszuständen, welche zu aussergewöhnlichen Leistungen befähigen sollen, von ärztlicher und psychologischer Seite näher zu treten. Auf diese Weise kann man auch den spiritistischen Productionen eher beikommen als mit der alten Methode, welche sich im wesentlichen in Prüfung der Phänomene selbst erschöpfte.

Es hat sich gezeigt, dass durch Berührung mit dem Spiritismus bei erblich belasteten, exaltirten, verträumten, zu äusserlicher Frömmigkeit neigenden Personen, Zustände von Bewusstseinsspaltung auftreten, in denen gelegentlich Mehrleistungen — Orientirtheit über fernliegende im Wachzustand unbekannte Beziehungen, Sprechen in fremden Zungen — zu Stande kommen, andererseits unter der Form einer neuen Persönlichkeit intellectuell und moralisch ganz tief stehende Dinge producirt werden.

Die grösste Beachtung verdient der von dem Genfer Psychologen Flournoy[11]) [12]) mit grosser Genauigkeit beobachtete Fall. — Helene Smith, eine Genfer Geschäftsdame, geräth in hypnoide Zustände, in denen sie sich bald in einen Spirit Léopold verwandelt, welcher früher als Cagliostro die Königin Marie-Antoinette geliebt habe, bald als indische Prinzessin Sanskritworte schreibt oder auf einem fremden Planeten weilend eine Mars- und Uranussprache construirt. H. S. zeigt auch necromantische Fähigkeiten; sie giebt die Handschrift Verstorbener wieder, die anscheinend in keiner Beziehung zu ihr gestanden haben. Es gelang indessen Flournoy, zu ermitteln, dass die Grundlagen der Glossolalie und Necromantie aus dem Wachzustand stammen und lediglich im Unter- (subliminalen) Bewusstsein deponirt waren. Die neuen Sprachconstructionen wurden nach dem Muster des Französischen gebildet.

Jung[13]) sucht die Persönlichkeitsverdoppelung in Analogie mit der Amnesie zu bringen, welche epileptischen und hysterischen Anfällen, gelegentlich auch neurasthenischen Krisen folgt. Der Autor hat ein 15½jähriges spiritistisches Medium beobachtet, welches mehrere Persönlichkeiten — Ivenes, das mystische, somnambule Ich, den frommen Grossvater, einen eitlen Schwätzer Ulrich von Gerbenstein u. a. — producirte, auch ein mystisch-naturwissenschaftliches Kräftesystem aufstellte. Die Leistungen

der somnambulen oder hemisomnambulen Zustände verflachten immer mehr, die verschiedenen Charactere verwirrten sich. „Man konnte geradezu alle Stufen von Somnambulismus bis zur bewussten Lüge beobachten." Schliesslich hörten die Zustände auf, Pat. wurde ruhiger und stabiler und kommt ihren Pflichten als Angestellte eines Geschäftes nach.

Der Autor sucht die Doppelbewusstseinserscheinungen durch die pietistische Zwangserziehung einerseits, den kindischen Uebermuth andererseits zu erklären. Sehr wichtig ist nach dem Verf. das Zustandekommen der Persönlichkeitsspaltung, die Pubertät; es sei nicht undenkbar, dass derartige Doppelbewusstseinserscheinungen nichts anderes darstellen als Characterneubildungen oder Durchbruchsversuche der zukünftigen Persönlichkeit, die in Folge besonderer Schwierigkeiten mit eigenthümlichen Störungen des Bewusstseins verknüpft sind.

Unter unbewusster Mehrleistung versteht man denjenigen automatischen Process, dessen Resultat für die bewusste psychische Thätigkeit des betreffenden Individuums nicht erreichbar sei.

Verf. geht auf die cryptomnestische Vorstellung ein, deren Schöpfungen oft von originellen sehr schwer zu unterscheiden seien. Als interessantes Beispiel cryptomnetischer Production citirt J. aus Nietsche's „Also sprach Zarathustra", eine Stelle, welche zweifelsohne von einem in Just. Kerner's „Blättern aus Prevorst" angeführten Schiffsjournale beeinflusst war. Durch Anfrage bei Nietsche's Schwester wurde festgestellt, dass der Dichter zwischen dem zwölften und fünfzehnten Jahre Just. Kerner eifrig gelesen hatte, später sicherlich nicht mehr.

Ref.[11]) hat einen Fall von Bewusstseinsspaltung beobachtet, welcher ein spiritistisches Medium in statu nascendi betrifft. Das 9½jähr. Mädchen wohnte spiritistischen Versuchen bei, verübte selbst Tischklopfen und acquirirte neben der Normalperson „Lotte" einen zweiten Zustand „Tante Hete", in welchem sie sich albern und unhöflich zeigte, kratzte, schlug, schneller und flüchtiger sprach und schrieb. Bei Rückkehr in den Normalzustand Amnesie. Es wurden erst Uebergänge erreicht, später wichen die zweiten Zustände, doch blieb ein Intelligenzdefect zurück. Ueber Mehrleistungen wird berichtet, doch konnte Ref. nichts dergleichen entdecken. Die Anomalie ist folgendermaassen zu erklären: Es handelt sich um ein von Hause aus

hysterisches (dafür sprechen auch körperliche Erscheinungen) und geistig minderwertiges Kind discreter Geburt. In der Behausung der Mutter musste Pat. ihre Kindereien zurückdrängen und alle Geschäftssorgen der Mutter theilen, wodurch sie ein gewisses gemessenes Wesen angenommen hat. Dieser Welt von Wohlerzogenheit steht die der Kinderei und der Zote gegenüber, welche sie in der Schule und wohl auch durch die verschiedensten für Pensionäre der Mutter gemachten Commissionen kennen gelernt hat. Was sie da aufgeschnappt, auch wohl aus herumliegenden Büchern combinirt oder — bei ihrer gesteigerten Sensitivität — aus Mienen und Gesten abgelesen hat, ist im Unterbewusstsein deponirt worden. Durch die Berührung mit dem Spiritismus ist dieser unterbewusste Besitzstand vergrössert und der neuerworbenen, zwingenden Vorstellung des Spirit zugeordnet worden. So wurde die schon zuvor angebahnte Bewusstseinsspaltung zu einer distincten Persönlichkeitsbildung mit eigenem — an sich zufälligem — Namen. Alle Vorstellungen mit stark positivem Gefühlston, also insbesondere alles Begehren, alles Ungezogene und Unsaubere wird der zweiten Persönlichkeit zugeordnet.

In den letzten Jahren hat Max Dessoir[15]) verschiedentlich in populären Artikeln auf die ungewöhnlichen Fähigkeiten einzelner Personen hingewiesen, welche — ohne irgendwie betrugsverdächtig zu sein — Fremden aus ihrer und ihrer Anverwandten Geschichte Daten zu berichten wussten. Solche auffallende Ergebnisse beruhen jedenfalls auf einem besonderen Beobachtungs- und Combinationstalente, wie es auch hervorragenden Criminalcommissaren eigen ist. Durch specielle Uebung kann natürlich auch ein solches Talent gut entwickelt werden.

Auch bei dem Combiniren und Errathen im Wachzustande spielen gelegentlich unterbewusste Componenten mit. Ein Criminalgenie wird gelegentlich einmal durch plötzliche Erleuchtung einen Zusammenhang aufdecken und erst nachträglich die logischen Schlüsse entwickeln, die zu jenem Resultate geführt haben.

Unter der pathologischen Dissociation, welcher wir vorher gedacht haben, erleidet das Individuum gewöhnlich eine empfindliche Einbusse an seinem körperlichen und seelischen Kräftevorrath. Das anfänglich mit den ecstatischen Zuständen einhergehende Wohlgefühl schwindet bald, die neue Persönlichkeit

wird zusehens ärmlicher und es resultiren meist Angst- und Verwirrtheitzustände bei darniederliegender Ernährung.

Auch da, wo eine Bewusstseinsspaltung nicht durchgeführt, aber durch Berührung mit dem Spiritismus zwingende Vorstellungen mit Betonung religiöser Gefühle erregt werden, geht es zumal bei erblich belasteten oder minderwerthigen Personen nicht ohne Schädigung des seelischen Gleichgewichtes ab.

Sehr lehrreich sind in dieser Richtung die Studien Henneberg's über „Spiritismus und Geistesstörung"[16]). Wie der Autor sehr richtig darlegt, darf man nicht jeden geistig Abnormen, dessen Vorstellungen sich mit spiritistischen Dingen beschäftigen, als einen durch den Spiritismus Erkrankten bezeichnen, noch viel weniger einen Kranken, von dem man nur weiss, dass er sich mit Spiritismus beschäftigt habe. Ob ein Hallucinant Hypnotismus, Röntgenstrahlen, Ritualmord oder Spiritismus in seinen Deutungswahn einbezieht, beruht ja auf Zufall, Mode, Nachahmung.

Wenn Forbes Winslow 1876 die in Folge von Beschäftigung mit dem Spiritismus psychisch Erkrankten in den Vereinigten Staaten auf 10,000 schätzte, so fehlt für die meisten dieser Fälle der Nachweis des ätiologischen Zusammenhangs zwischen psychischer Erkrankung und Spiritismus.

Henneberg schildert zunächst den Fall eines erblich belasteten Trinkers, bei welchem die an und für sich lediglich irrthümlichen bezw. dogmatischen spiritistischen Vorstellungen den Werth paranoischer Wahnvorstellungen gewinnen. Dann folgt ein Fall maniacalischer Exaltation bei einer in mässigem Grade neuropathischen Person im Anschlusse an spiritistische Bestrebungen (Psychographiren). Die folgenden Fälle betreffen hysterische Dämmerzustände (einmal protrahirte Lethargie) mit Ausgang in Genesung. Fall 6 scheint ein acuter Verwirrtheitszustand zu sein. Am interessantesten ist der Fall 7, hier trat bei einem nicht belasteten Mädchen, einer sehr geschickten Modistin, im Anschluss an Geistercitiren und Psychographiren, Stimmenhören ein und es entwickelte sich ein anscheinend unheilbarer, hysterisch gefärbter, paranoischer Zustand. „Von Interesse ist, dass bei der Patientin, nachdem sie sich von dem Spiritismus völlig abgewendet hat, doch eine so erhebliche Besserung ihres Zustandes eingetreten ist, dass sie ausserhalb der Anstalt existiren und ihren Lebensunterhalt erwerben konnte." — Der letzte Fall — spiri-

tistische Vorstellungen im Initialstadium der Dementia paralytica — erscheint mir für den postulirten ätiologischen Zusammenhang nicht hinlänglich beweiskräftig.

Wenn nun auch feststeht, dass die Beschäftigung mit dem Spiritismus und anderen occulten Dingen dazu angethan ist, in uncritischen Köpfen Unheil anzurichten, so hiesse es doch das Kind mit dem Bade ausschütten, wenn man die Beschäftigung mit solchen Dingen überhaupt als ergebnisslos und gefährlich in Verruf bringen wollte.

Unter dem Namen „Xenologie" hat nun unser Hamburger College Dr. Ferdinand Maack ein neues Programm entwickelt, nicht eine neue Wissenschaft, vielmehr eine eclectische Composition von Wissenschaften. „Die Xenologie oder Fremdwissenschaft trachtet alles uns zur Zeit noch Fremde oder Unbekannte im Menschen, in der grossen und kleinen Welt in exacter Weise zu erforschen, soweit es überhaupt erfahrbar, d. h. nicht absolut metaphysischer Art ist. Da dieses noch Unerforschte (Verborgene, Dunkle, Occulte) für uns zunächst an der Grenze des Bekannten zum Unbekannten liegt, so kann die Fremdwissenschaft auch als Grenzwissenschaft bezeichnet werden. Zwar forscht und arbeitet bereits jede einzelne Fachwissenschaft für sich, an der Grenze — denn nur hier findet Fortschritt statt — aber die Xenologie vereinigt in sich die wissenschaftlichen Grenzforschungen als Einzeldisciplinen zu einem synthetischen Ganzen."

Mit seiner — im eigenen Verlage erscheinenden — wissenschaftlichen Zeitschrift für Xenologie sucht Maack mitzuarbeiten an der reinlichen Scheidung zweier unversöhnlicher Weltanschauungsprincipien — dem inneren, esotherischen, deductiven, künstlerischen — und dem äusseren, exotherischen, inductiven, wissenschaftlichen Element. Der ersten Richtung gehöre der Religions-Offenbarungs- und Herz-Occultismus, der zweiten die Xenologie, der Kopf-Occultismus an. Mit der ersten Richtung sei auch Geschäft, Gewerbe, Curpfuscherei eng verbunden. Man hat mehrfach vorgeschlagen, die spiritistischen Phänomene officiell wissenschaftlich zu untersuchen. Nach Maack ist nun aber der Spiritismus von allen occulten Disciplinen die allerverwickeltste, wenn wir von den noch weniger exact beweisbaren theosopischen Problemen (Reincarnation u. s. w.) absehen wollen. Im Spiritismus spiele die Seele die Hauptsache; nun sind

wir mit der phänomenalen Psychologie noch nicht im Reinen, was sollen wir mit der transcendentalen Psychologie anfangen?

Der Anfang müsste gemacht werden mit der apsychologischen Xenologie. Es sei zu untersuchen, ob eine besondere Licht- oder Wärmestrahlenart der Aura, den Ton- und Leuchtphänomenen etc. zu Grunde liege. Hier müssen objectiv registrirende Apparate: photographische Platten, Wage, Registrirtrommel zu Hilfe genommen werden, nicht subjective Aussagen von Medien, Sensitiven, Clairvoyanten. „Transcendentalphysic bildet die Grundlage zur Transcendentalpsychologie. Hier — in Physic und Chemie — ist der archimedische Punkt des Spiritismus, wo der Hebel der Wissenschaft angesetzt werden muss. Durch scharfe Betonung der xenologischen Apsychologie möchten wir dem Occultismus, welcher bisher ohne hinreichendes Rüstzeug allzuviel in „psychischer Wissenschaft" machte, eine neue Wendung geben. Mit Erfolg kann das freilich nur in einem mit allem wissenschaftlichen Comfort ausgestatteten xenologischen Institut geschehen, dessen Gelehrte einerseits mit dem gesammten alten Occultismus und allem mystischen Drumunddran genau vertraut sein müssten und andererseits mit der modernen Naturwissenschaft. Hoffen wir, dass ein derartiges Institut, welches den Accent auf die occultistische Apsychologie legt, recht bald ins Leben tritt"[17]).

Maack bringt hier und in anderen Nummern seiner Zeitschrift polemische Artikel gegen die Rothe, gegen religiöse Curpfuscherei, Theosophie, aber auch eigene Untersuchungen über das Hautleistensystem an den Fingerspitzen, über magische Quadrate u. a.

Besonders beachtenswerth erscheint uns Maack's Stellung zur Teleologie. Während die „Naturheilkunde" meint, es zeige sich überall ein Zweckmässigkeitsgesetz, um Schädliches aus dem Körper herauszubringen, kennt Maack nur eine relative Zielstrebigkeit, eine Finalität, einen Mechanismus. Der Autor erläutert diese Ansicht an einem sehr treffenden Beispiel.

„Angenommen, es handelt sich um einen Bauchdeckenabscess, der sich spontan öffnet. Der Eiter entleert sich nach dem locus minoris resistentiae hin, d. h. dahin, wo die elastische Spannkraft der Gewebe den geringsten mechanischen Widerstand findet.

Dies kann unter gewissen Umständen zu einem Durchbruch des Eiters nach aussen führen: der Patient wird geheilt; die Natur hat ihm geholfen — oder nach innen, in die Bauchhöhle hinein: der Patient stirbt; der „Arzt" hat Schuld. Die Durchbruchs-Richtung nach aussen war natürlich „sehr zweckmässig", nämlich für den Patienten; die Richtung nach innen leider sehr unzweckmässig, nämlich für den Patienten. In Wirklichkeit waren beide Richtungen gleich „zweckmässig", nämlich für die erkrankten Bauchdecken: denn sie wurden in jedem Fall den Eiter los. Wohin der Eiter durchbrach, ob nach aussen oder nach innen, war sowohl dem Eiter als den Bauchdecken gleichgiltig. An die Erhaltung des Patienten kehrten sie sich nicht. Der Eiter musste mechanisch, d. h. gesetzmässig und naturnothwendig ohne Sinn und Verstand dahin fliessen, wo er sich am leichtesten den Weg bahnen konnte. Die „Naturheilkraft" verfolgt thatsächlich also gar keinen höheren Zweck, sondern folgte nur blindlings mechanischen Schwerkrafts- und Druckgesetzen. Denn Niemand wird doch wohl den Weg, welchen der Eiter durch die Bauchhöhle und eventl. durch die Darmwand nimmt, um endlich nach aussen zu gelangen, für besonders zweckmässig erklären, wenn mittlerweile der Patient zehnmal stirbt"[18]).

Hinsichtlich der Würdigung des mechanischen Princips für die Teleologie wird der den Anthropomorphismus ablehnende Standpunkt getheilt von Paul Nikolaus Cossmann[19]). Aus dem interessanten aber nicht immer leicht zu verstehenden Buche dieses Autors ist für uns Aerzte das Capitel „Angewendete Teleologie" besonders wichtig.

„Wenn man „„Gesundheit"" als Fähigkeit teleologisch zu reagiren definirt, so wird man auf Grund der methodischen Regel, dass jede practische Wissenschaft derjenigen theoretischen beizuordnen ist, der sie die meisten Daten zu entnehmen hat, zu dem Satze gedrängt: Die Heilkunde ist eine zur teleologischen Biologie gehörige practische Wissenschaft. Hierbei ist nochmals hervorzuheben, dass Krankheitsvorgänge teleologisch für Bacterien, für einen Parasiten und dysteleologisch für den kranken Organismus sein können; ferner aber auch, dass viele Vorgänge teleologisch für ein Organ, dysteleologisch für ein anderes sind; ist letzteres ein lebenswichtiges Organ, z. B. das Herz, so ist es möglich, dass jener teleologische Vorgang bei ungehindertem Verlauf den Tod herbeiführen würde, der Arzt also in die

Lage kommt, einen teleologischen Vorgang verhindern oder abschwächen zu müssen. Somit ist der Heilkunde mit allgemeinen Betrachtungen über Naturheilkraft und Naturheilmethode nicht gedient, sondern nur mit teleologischer Specialforschung unter ständiger Beachtung des differenten dritten Gliedes."

So ermögliche die hypnotische Suggestion die willkürliche Setzung dritter Glieder; die Serumtherapie lasse durch Organismus teleologische Media produciren. Nach dem Autor werden in der Medicin der Zukunft drei teleologische Methoden eine wichtige Rolle spielen:

Teleologische Physiatrie (im weitesten Sinne)

Serumtherapie und

Teleologische Psychotherapie.

Da uns die Interpolation der Grenz- und Spitzenwissenschaft bereits so weit von den Problemen des Spiritismus hinweggeführt hat, so sei an dieser Stelle auch eines neuen Buches W. v. Bechterew's[20]) gedacht, welches den immer noch fruchtlos gewesenen Versuch unternimmt, aus den Ergebnissen der neueren hirnanatomischen und psychobiologischen Forschung eine philosophische Weltanschauung zu entwickeln. Die philosophische Einleitung der Schrift krankt daran, dass sie nur die Begriffe Monismus, Spiritualismus und Materialismus kennt und demnach einen dualistischen und monistischen Spiritualismus unterscheiden muss, anstatt den in Deutschland gut gekannten Begriff des Idealismus auf die Philosophie Platon's, Kant's, Schopenhauer's anzuwenden. Unter den ‚Gebildeten aller Stände', für welche die „Grenzfragen" bestimmt sind, werden sich vermuthlich einige befinden, die da wissen, dass Idealismus und Realismus sich auf das Object, Materialismus und Spiritismus sich auf das Subject des Denkens beziehen.

Besser gelingt schon dem Verf. die Darlegung des psychophysischen Parallelismus bezw. der functionellen Correspondenz, wie auch der Schwierigkeiten in den Lehren von Lasswitz, Ostwald u. A. Der Hauptvorzug der Schrift liegt in der Anführung neuer verdienstvoller Arbeiten aus der russischen psychologischen und evolutionistischen Literatur. B. gelangt zu dem Schlusse, dass alle Eindrücke der Aussenwelt auf dem Wege der Verwandlung der Kräfte zur Entwickelung von Energie in unseren Sinneswerkzeugen führen. Diese Energie äussert sich in electrochemischen Reactionen, welche mittelst wissenschaftlicher

Vorrichtungen verfolgbar sind. Die Frage, warum die electrochemischen Erscheinungen im Nervensystem der höheren Thiere neben den materiellen Veränderungen auch zu subjectiven Vorgängen des Bewusstseins führt, sei noch lange nicht ihrer Lösung näher geführt. Diese Erscheinungen seien nur durch ein besonderes actives Princip zu denken!

Soweit sind wir also heute. Nachdem Helmholtz, du Bois-Reymond, Brücke, Ludwig die Lebenskraft aus der Physiologie hinausgeworfen haben, schleicht sie sich durch die Psychologie wieder herein!

Hat uns nun die Xenologie an die Grenzscheide der Naturwissenschaft und Metaphysik geführt, so versetzt uns Dr. Emil Laurent's und Paul Nagour's Buch „Occultismus und Liebe"[21]) wieder in die Tiefen des alten Occultismus zurück.

Wir erhalten hier interessante Aufschlüsse — allerdings meist in der Form kurzer Begriffserklärungen — über schwarze und weisse Magie, Goetie, Wahrsagekunst, Cabbala, Alchemie, Astrologie, Spiritismus; sodann wird des Verhältnisses der Religion zur Liebe gedacht und die Rolle der Engel, Dämonen, Incuben, Succuben, Hexen, Vampyre bei den Liebesbeziehungen erläutert. In Hexenprocessen spielte der Beischlaf Satans eine grosse Rolle. Interessant sind die Processe des Bischofs Guichard (fils de l'incube), der Priester Gaufridi und Grandier, welche hysterische Nonnen behext haben sollen, sowie die modernen Fälle Castelian, Chambige und Gabriele, Fenayron, in welchen die Behexung in Fascination abnorm suggerirbarer Personen übersetzt wird. Wir erhalten ferner Auskunft über die Zauberkraft der körperlichen Ausdünstung und der Frauenmilch und den Sunamitismus, welcher noch heut im Zeitalter der Naturwissenschaften als lebenverlängernd gilt. Bekannt ist, wie sehr die Potenz von Vorstellungen abhängig ist; was lag also näher, als zauberische Einwirkungen auf Verlust oder Wiedergewinn der Manneskraft? Wer weiss, ob nicht die ganz moderne Opo- und Organotherapie dereinst auch der Rubrik „Aberglauben" zufällt?

Sehr wichtig für das Liebesleben sind die Träume; ihnen wird einerseits prophetische und symbolische Bedeutung beigelegt; ferner kommt ihnen ein therapeutischer Werth für Liebeskummer zu und es existiren besondere Recept zur Erlangung glücklicher Liebesträume.

Die Autoren liefern ausführliches Material über Liebestränke,

-Talismane, Blumen-, Briefmarken-, Kartensprache, Beziehung der Astrologie zur Liebe.

Das letzte Capitel heisst „Die Musik und die Liebe". Hier interessirt vorzüglich der Abschnitt: Der Liebesausdruck in den musikalischen Werken Gounod's, R. Wagner's und H. Berlioz'. Wagner's Tristan und Isolde, Hector Berlioz' „Symphonie phantastique" stellen reine Manifestationen des Occultismus in der Liebe dar.

---

[1]) Dr. Carl du Prel. Die Magie als Naturwissenschaft. Jena, Costenoble 1899. 2 Bd.

[2]) Charles Richet, Experimentelle Studien auf den Gebieten der Gedankenübertragung und des Hellsehens. Uebersezt von Schrenck-Notzing. Stuttgart, 1891.

[3]) Zur Kritik des telepathischen Beweismaterials. Vortrag, gehalten in der Psychol. Gesellschaft zu München. Leipzig 1897.

[4]) Prof. Moritz Benedikt, Wien. Ueber Fernfühligkeit (Telepathie). Deutsche Revue 1899. Juni.

[5]) Ueber physiologische Fernewirkung. Kiel. Lipsius & Tischer 1901.

[6]) Weiteres über physiologische Fernewirkung. ibid. 1902.

[7]) Prof. Thomas Achelis. Die Ecstase in ihrer culturellen Bedeutung. (Culturprobleme der Gegenwart, herausgegeben von Leo Berg). Berlin 1902.

[8]) Vgl. Gumpertz, Die Stellung des Hypnotismus in der Religionsphilosophie der alten Inder. Natur und Offenbarung. Bd. 48. S. 18 ff. Münster 1902.

[9]) Der Wille, cit. nach Achelis l. c.

[10]) Brinton, The Myths of the New World, Philadelphia, 1896, S. 308. — Citirt nach Achelis, l. c.

[11]) Flournoy, Des Indes à la planète Mars. Etude sur un cas de Somnambulisme avec Glossolalie. Paris et Genêve 1900.

[12]) id. Nouvelles observations sur un cas de Somnambulisme avec Glossolalie. Arch. de Psychol. de la Suisse Romande. Dec. 1901.

[13]) Dr. med. C. G. Jung, I. Assistenzarzt der psych. Universitätsklinik in Zürich. Leipzig, Oswald Mutze 1902.

[14]) Gumpertz, Ueber doppeltes Bewusstsein. (Berl. Klin. Wochenschrift 1901, No. 45.)

[15]) Vgl. auch Referat diese Zeitschrift 1901. No. 1. Bericht über Psycholog. Gesellschaft.

[16]) Arch. für Psychiatrie, 1901.

[17]) Wissenschaftl. Zeitschr. f. Xenologie. Oct. 1902. Bd. II. S. 170.

[18]) Maack, Vom Weltorganismus zum Weltmechanismus. Arch. f. Lichttherapie 1900. H. 9. S. 273.

[19]) Elemente der empirischen Teleologie. Stuttgart. A. Zimmer's Verlag 1899.

[1]) Die Energie des lebenden Organismus und ihre psycho-biologische Bedeutung. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Herausgegeben von Loewenfeld und Kurella. H. XVI. Wiesbaden. J. F. Bergmann 1902. 132 S.

[2]) Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. med. G. H. Berndt. Berlin 1903. H. Barsdorf. 360 S.

Editorielles.

Ein neues medicinisches Zeitungsunternehmen. — Die Medicin in der Tagespresse.

Der americanische medicinische Journalismus hat wiederum eine neue Blüthe getrieben. In der Octobernummer 1901 hatten wir Gelegenheit, auf ein neues medicinisches Journal hinzuweisen, das seinen Abonnenten für einen ganzen Dollar pro Jahr ausser den monatlichen Nummern einen Index medicus (gebunden), sowie als Hauptattraction eine Unfallsversicherungspolice, gültig für die Dauer eines Jahres und im Werthe von $1000 im Todesfalle und $5.00 wöchentliche Krankenunterstützung offerirte. Es handelte sich damals um *The Medical Critic*. Nunmehr erfahren wir, dass sich die *Medical Publishing Company of America* gebildet hat, die angeblich nur aus Aerzten besteht und deren Zweck die Herausgabe medicinischer Zeitschriften ist, zu welchem Behufe die Gesellschaft die Medical Critic Company aufgekauft hat. So weit wäre ja alles in Ordnung und nichts gegen das neue Unternehmen einzuwenden. Liest man aber den Prospect, den die Gesellschaft an die Aerzte versendet, wird man doch etwas anderer Meinung werden. Denn die Versprechungen und Zukunftspläne, die in demselben enthalten sind, übertreffen die seinerzeitige Ankündigung des Medical Critic noch um vieles.

Zunächst wird der staunenden Aerztewelt verkündigt, dass vom 1. October a. c. ab eine neue medicinische Zeitung, *The Daily Medical Journal*, täglich 6 Seiten gross erscheinen wird und zwar seien Vorkehrungen getroffen, dass das neue Tagblatt in 100,000 Exemplaren gedruckt werden kann. Die erste Seite soll die täglichen Neuigkeiten auf dem Gebiete der Medicin und Chirurgie aus der ganzen Welt bringen, die zweite Seite wird aus editoriellen Artikeln, Originalarbeiten und klinischen Mittheilungen bestehen, die dritte Seite aus den Sitzungsberichten, Referaten, Abbildungen neuer Instrumente und neu patentirter Artikel, die vierte Seite wird eine tägliche Kritik der gesammten medicinischen Literatur der ganzen Welt bringen, und was die fünfte und sechste Seite enthalten sollen, verschweigt der Pro-

spect. Dieses täglich erscheinende medicinische Weltblatt kostet zusammen mit dem Medical Critic und dem Index medicus sage und schreibe einen ganzen Dollar pro Jahr. Die Monate October, November und December dieses Jahres sind frei.

Wie der Prospect weiter besagt, wurde das Daily Medical Journal einzig und allein gegründet, „weil ein wirkliches Bedürfniss dafür vorhanden ist." Von nun an braucht der Arzt nicht mehr Wochen lang zu warten, bis er Kunde erhält von irgend einem Vorkommniss, das Daily Medical Journal berichtet über alles an demselben oder spätestens am nächsten Tage. Jeder Arzt, der sich darum bewirbt, erhält ein Amt als Reporter und Specialcorrespondent, wird mit einem Knopf ausgestattet, der ihn als solchen kenntlich macht und ihm dieselben Rechte verleiht wie den Reportern der Tageszeitungen. Es wird jedoch gewünscht, dass die Herren „Specialcorrespondenten" Actieninhaber der Gesellschaft sind, wie auch bei der Application für Actien diejenigen Bewerber, die sich auf die Liste der Correspondenten setzen lassen, in erster Linie berücksichtigt werden sollen.

Wie alles grossartig bei dem neuen Journal angelegt ist, so trifft dies auch bei dem Aufruf an die Inserenten zu, denen für eine Anzeigeseite pro Jahr die bescheidene Summe von 48,000 Dollars abverlangt, dafür aber eine Circulation von 100,000, wenigstens auf dem Papier des Prospectes, garantirt wird.

Das Grossartigste aber leistet der Prospect dieser nur aus Aerzten bestehenden Actiengesellschaft in dem Abschnitte „To the Investors." Wenn es auch an anderer Stelle des Prospectes heisst, dass das Journal nur gegründet wurde, weil ein wirkliches Bedürfniss dafür vorhanden sei, so ist doch hier zu lesen, dass die Unternehmer bei ihrer bedeutenden Erfahrung im Zeitungsfache — wo die nur aus Aerzten bestehende Company sich diese erworben, wird nicht mitgetheilt — sicher sind, dass „dieses Geschäft der Gesellschaft viel Geld bringen wird." Damit aber auch die übrige Aerztewelt und nicht nur die Unternehmer an diesem Gewinne participiren können — und nur aus diesem Grunde — werden Actien ausgegeben, zu deren Zeichnung die Herren Collegen freundlichst eingeladen werden. Mit Speck fängt man Mäuse und mit Versprechung hoher Dividende diejenigen, die nicht alle werden, und darum wird den zukünftigen Actionären eine Dividende von 25 Procent als verlockender Gewinn in Aussicht gestellt. *We can say, without hesitation, from our experience in the publishing field, that 25 per cent. in annual dividends would be a conservative estimate of what this company should pay. The contracts already obtained are sufficient evidence of an assured success.* So heisst es wortwörtlich im Prospect. Also nur immer hereinspaziert, meine Herrschaften!

Eine Kritik des Unternehmens ist eigentlich überflüssig, jeder klar denkende Arzt weiss, was er von solchen marktschreierischen Versprechungen zu halten hat. Unseres Erachtens ist der ganze

Prospect nichts wie ein Hohn auf die ärztliche Ethik. Entweder sind an dem Unternehmen wirklich nur Aerzte betheiligt, dann ist es eine Schande, Collegen mit solchen Mitteln veranlassen zu wollen, Geld in ein Unternehmen zu stecken, von dem noch kein Mensch weiss, ob es überhaupt jemals Dividende tragen wird, geschweige 25 Procent, oder hinter der ganzen Sache verbirgt sich eine Anzahl gewinnsüchtiger Geschäftsleute, die auf die Taschen der Aerzte speculiren, und die als Directoren gezeichneten Aerzte geben dazu nur ihren Namen her, dann ist die Sache um kein Haar besser.

Von einem Bedürfniss für eine täglich erscheinende medicinische Zeitung kann gar keine Rede sein, denn die medicinische Wissenschaft wird nicht dadurch gefördert, dass tagtäglich und in aller Eile die unglaublichsten Nachrichten und Entdeckungen veröffentlicht werden, sondern nur durch Publication reiflich überdachter und gründlich ausgearbeiteter Artikel. Das Veröffentlichen von Sensationsneuigkeiten auf medicinischem Gebiete wird leider schon mehr wie wünschenswerth von der Tagespresse besorgt, man denke nur an die Berichte über die Formalininjectionen und ihre wunderbare Wirkung bei Sepsis, an das Sanosin bei Tuberculose, an die Mittel, Blinde sehend und Taube hörend zu machen u. a., und man fühlt wirklich kein Bedürfniss für eine gelbe Presse in der Medicin.

Wenn also von einem Bedürfniss, eine täglich erscheinende medicinische Zeitung zu besitzen, keine Rede sein kann, bleibt nur noch die financielle Seite übrig, die als Motiv für die Gründung gelten kann. Dass die Herren Gründer das Unternehmen ins Leben rufen wollen, um ihren Collegen einen pecuniären Vortheil zu verschaffen, wird wohl niemand naiv genug sein, anzunehmen, also kann es sich nur darum handeln, dass die Unternehmer selbst dabei profitiren wollen, und zu diesem Zwecke ist doch das sauer verdiente Geld der Aerzte zu gut.

Von der Tagespresse haben wir gesagt, dass sich dieselbe leider mehr wie genug mit medicinischen Dingen beschäftigt. Wenn dieselbe populär-medicinische Artikel bringt, die zur Belehrung und Aufklärung des Publicums dienen und von berufener Seite geschrieben sind, so ist hiergegen gewiss nichts einzuwenden. Etwas ganz anderes aber ist es, wenn es sich um rein medicinische Dinge handelt, die nur für den Mediciner von Interesse sein können und über welche die Untersuchungen noch lange nicht abgeschlossen sind. Durch die voreilige und nebenbei gesagt meist nicht sachgemässe Veröffentlichung derartiger Sensationsnachrichten werden oft grundfalsche Ansichten im Publicum verbreitet und Hoffnungen erweckt, die sich später nicht erfüllen. Dass das Ansehen der medicinischen Wissenschaft noch viel mehr leidet, wenn derartige unfertige Berichte durch ein medicinisches Journal verbreitet werden, wie dies durch das zukünftige Daily Medical Journal beabsichtigt wird, liegt auf der Hand.

Bei dieser Gelegenheit soll noch ein weiterer Punkt, der die Tagespresse angeht, Erwähnung finden, nämlich die Art und Weise, wie dieselbe über medicinische Dinge berichtet. Man kann ja nicht gut verlangen, dass die Reporter oder auch nur die Redacteure der Tageszeitungen medicinische Vorbildung besitzen, allein so gut wie der Handels- und Börsentheil, die Concert- und Theaterkritiken von Fachleuten besorgt werden, ebenso gut sollten Berichte über medicinische Ereignisse, wenn sie denn doch einmal veröffentlicht werden, einem Mediciner wenigstens zur Durchsicht vorgelegt werden. Dann könnte es unmöglich vorkommen, dass sogar in sonstiger Beziehung auf einer guten Stufe stehende Tageszeitungen sich so entsetzlich blamiren und so fürchterlichen medicinischen Blödsinn produciren. So brachten im vorigen Jahre die meisten New Yorker Zeitungen, darunter auch die N. Y. Staats-Zeitung, die schauerliche Mittheilung, dass in einem New Yorker Hospital bei einem Patienten, dem schon die Bauchhöhle eröffnet worden war, die Operation unterbrochen und der Patient selbst zur Beendigung der Operation nach einem anderen Hospital transferirt werden musste, weil — der antiseptische Apparat ausser Ordnung gerathen war! Gelegentlich der letzten Erkrankung des Papstes Leo berichtete die N. Y. Staats-Zeitung u. a., dass Flüssigkeit mit der Spritze aus dem Rippenfell „extrahirt" worden sei. Dass die Flüssigkeit nicht aus dem Rippenfell sondern aus dem Rippenfellraum entleert wurde, diese Verwechslung soll weiter nicht zum Vorwurf gereichen; allein man „extrahirt" eine Kugel, einen Fremdkörper u. dgl., aber keine Flüssigkeit, eine solche entleert man, oder, wenn doch ein Fremdwort gebraucht werden muss, aspirirt man. Es liest sich ferner sehr sonderbar, wenn an derselben Stelle mitgetheilt wird, dass „die innere Zone der Lunge (des Papstes) stumpfer geworden" und die Herthätigkeit „gedrückt" sei. Beispiele dieser Art liessen sich noch gar viele anführen und zeigen dieselben, wie dringend nöthig eine Abhülfe auf diesem Gebiete wäre.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

L. Brauer: *Das Auftreten der Tuberculose in Cigarrenfabriken.*

Verf. stellte sich die Aufgabe, das Verhältniss der Cigarrenarbeiter Nord-Badens und der bayerischen Pfalz zur Tuberculose zu eruiren und unternahm deswegen eine Reihe interessanter Untersuchungen. Auf den stationären medicin. Kliniken

in Heidelberg waren in 10 Jahren (1889—1898) 10,751 Patienten aufgenommen worden. Hiervon waren 376 Cigarrenarbeiter, die übrigen 10,375 gehörten den verschiedensten Berufen an. Nun zeigte die erste Gruppe 96 Fälle von Tuberculose, die zweite deren 1350. Procentual berechnet ergiebt dieses für die Cigarrenarbeiter 25,5 Procent tuberculöser Erkrankungen, für die anderen Berufe nur 13,1 Procent.

Brauer untersuchte ferner die Mortalitätsstatistik und fand allein für den Ort Ruelzheim, dass unter 103 Todesfällen deren 39 also 38 Procent der Tuberculose zuzuschreiben waren, während von 76 Nicht-Cigarrenarbeitern nur 11, also 14,5 Procent, an derselben zu Grunde gegangen waren.

Vor Allem aber konnte Br. die für uns nicht auffällige, aber wichtige Thatsache constatiren, dass die Erkrankungsziffer unter den Fabrikarbeitern eine bedeutend grössere war, als unter den auf dem Lande in kleinern Gehöften beschäftigten. Diese Thatsache ist für uns in New York nicht auffällig, da wir ja leider zur Genüge die Verhältnisse in den Fabriken und Schwitzbuden kennen gelernt haben.

Verf. kommt in seinen weiteren sehr gründlich und sorgfältig ausgeführten Untersuchungen zu dem Schlusse, dass der Beruf eines Cigarrenarbeiters einen weiteren, vielfach entscheidenden Factor bildet zu den schweren disponirenden und inficirenden Schädlichkeiten, denen die von ihm untersuchten Familien ausgesetzt waren, so dass man sagen kann, dass mit Zunahme der Cigarrenfabrikation auch die Mortalität an Tuberculose zunehme.

Vor einigen Jahren veröffentlichte Referent selbst einen kleinen Artikel (The Medical News, September 15, 1901) der auf diesen Gegenstand Bezug hat. Er kam dabei zu ähnlichen Resultaten in Bezug auf die hiesigen Schneider, die hier unter den hygienisch denkbar ungünstigsten Verhältnissen leben und deren Ziffer bei Weitem die grösste Betheiligung an den in den letzten 10 Jahren im Montefiore Home behandelten Tuberculosefällen darstellt. Aber auch die Anzahl der Cigarrenarbeiter war damals eine beträchtliche, und wäre wohl sicherlich noch gestiegen, wenn eben das Krankenmaterial im obigen Heim ein anderes wäre. In dieser Beziehung dürfte es sehr wünschenswerth sein, wenn ein College sich der Mühe unterziehen wollte, die Tausende von Cigarrenarbeitern in hiesiger Stadt (Männer, Frauen und Kinder) auf Tuberculose zu untersuchen. Ich fürchte, dass wir da noch zu schlimmeren Resultaten kommen würden als der geschätzte Heidelberger College.

Es war für den Ref. eine Genugthuung zu lesen, dass, nachdem er selbst schon seit Jahren dafür kämpft, auch von dieser berufenen Seite, allerdings theilweise von einem anderen Gesichtspunkte aus, auf die Empfänglichkeit der oberen Luftwege für die tuberculöse Infection hingewiesen wurde.

Die Einzelnheiten dieser Arbeit, sowie ein genaues Studium derselben seien einem jeden sich für dieses Thema Interssirenden warm empfohlen. (Beiträge zur Klinik der Tuberculose, 1903, Heft 1.) W. Freudenthal.

Dr. O. Roepke: *Zur Diagnostik der Lungentuberculose.*

In einem sehr beachtenswerthen Artikel, aus dem man die reife Erfahrung des Anstaltarztes deutlich erkennen kann, schildert Verf. die verschiedenen Stadien, die die medicinische Wissenschaft in Bezug auf die Diagnostik der Lungentuberculose in den verschiedenen Zeitabschnitten durchgemacht hat. Der rein empirischen Epoche folgte die rein physicalische, dieser die rein bacteriologische, welche in unseren Tagen der Epoche der Frühdiagnose Platz machen musste. Zu dieser gelangen wir zunächst durch eine äusserst genaue Aufnahme der Anamnese. Wir gewinnen so einen Ueberblick über das ganze frühere Leben des Patienten und können schon hier uns das Vertrauen desselben, dessen wir bei dieser Krankheit mehr als bei irgend einer anderen bedürfen, erwerben. Sehr wichtig ist aber sodann die klinische Untersuchung und die klinische Diagnose, da diese für das ärztliche Eingreifen entscheidend ist. Um zu der ersteren zu gelangen, ziehen wir alle uns bekannten Methoden in den Kreis derselben. Es werden demgemäss besprochen die Inspection, Percussion, Auscultation, die bacteriologische Sputumuntersuchung und schliesslich die probatorische Tuberculininjection. Jedem, der diesen Artikel gelesen hat, wird es einleuchten, dass der Arzt, um zu einer möglichst frühzeitigen Diagnose zu gelangen, nicht warten darf, bis Tuberkelbacillen im Sputum gefunden werden. Zu einer solchen Periode ist gewöhnlich schon das Anfangsstadium überschritten. Er kann und muss vielmehr aus der klinischen Untersuchung schon viel früher zu einer Diagnose gelangen. Wie diese zu erreichen ist, darüber giebt Verf. so manche beherzigenswerthe Winke. (Ibidem, Heft 3.)

W. Freudenthal.

Kaiser: *Behandlung der Lungentuberculose und anderer tuberculöser Erkrankungen mit ausschliesslich blauem Lichte.*

K. hat, veranlasst durch eine bei sich selbst erzielte Heilung eines Geschwürs an der Hand mit blauem Lichte, Versuche angestellt über die Wirkung des blauen Lichtes auf Tuberkelbacillen. Die Erfolge waren vielversprechend und fasst K. die Resultate seiner Versuche folgendermaassen zusammen: 1. Blaues bis ultraviolettes Licht wirkt auf Tuberkelbacillen tödtend. 2. Der Einfluss der Wärmestrahlen ist dabei ausgeschlossen. 3. Die Wirkung des Lichtes ist abhängig von der Entfernung und Intensität der Lichtquelle. 4. Ist der Nachweis erbracht, dass das

Licht stark genug den Körper durchdringen kann, und zwar sind es hier nur die chemischen Strahlen. 5. Rein blaues Licht wirkt enorm resorbirend. 6. Das blaue Licht wirkt schmerzstillend, wenn die Strahlen concentrirt werden, sogar anästhesirend. Von Wichtigkeit ist die Thatsache, dass es nur wenig blaue Gläser giebt, welche alle Strahlen des Spectrums mit Ausnahme der blauen ausschalten; die meisten blauen Gläser kommen, spectralanalytisch untersucht, den weissen fast gleich und diese sind natürlich für den genannten Zweck werthlos. (Wiener klinische Wochenschrift 1902, No. 7.)

H. Eichhorst: *Ueber die Behandlung der Zuckerharnruhr.*

In Zürich hat Eichhorst seit 1884 im Ganzen 159 Zuckerkranke behandelt, d. h. von der Gesammtkrankenzahl 0,4 Proc., von der Zahl der Spitalkranken 0,2 Proc., der der Privatkranken 0,8 Proc. oder unter lediglicher Berücksichtigung der Eingeborenen 0,8 Proc. Der Canton Zürich ist also an Zuckerkranken nicht arm. Unter ihnen befinden sich die begüterten Kreise ebenso wie die ärmere Bevölkerung. Nicht zutreffend ist die sonstige Angabe, dass beim männlichen Geschlecht die Zuckerkrankheit häufiger vorkomme als beim weiblichen. Neben 108 Männern waren zwar nur 51 Frauen zuckerkrank, aber bei Berücksichtigung der Betheiligung der beiden Geschlechter an der Gesammtzahl finden sich für beide 0,2 Proc. Im kindlichen Alter standen 4 (2,6 Proc.). Die Ursache war je einmal Masern und Fall auf den Hinterkopf, sonst unbekannt. Ein Knabe stammte aus erblich belasteter Familie (Vater und Schwester). Alle vier Kinder gingen an Coma diabeticum zu Grunde.

Im weiteren legt Eichhorst die von ihm befolgten practischen Gesichtspunkte für die Behandlung dar. Der arzneilichen Behandlung bringt er, abgesehen von der Behandlung von Complicationen, geringes Vertrauen entgegen. Von einer Wirkung von Arzneimitteln könne man nur sprechen, wenn es gelänge, bei schweren Formen, in welchen eine strenge antidiabetische Kost den Zucker im Harn nur zum Sinken, nicht aber zum Verschwinden zu bringen vermag, bei unveränderter Ernährung ihn um ein wesentliches Maass dauernd zu mindern oder ganz zu entfernen. Was die Trinkcuren anbetrifft (Karlsbad, Neuenahr), so verkennt Eichhorst nicht den wenn auch nur kurz dauernden günstigen Einfluss. Dieser kommt aber weniger den alkalischen Quellen als solchen zu, sondern der gleichzeitig befolgten strengeren Diät im Badeorte. In diese gehören also namentlich die leichtsinnigen Diabetiker, welche die Vorschriften nur halb, nur soweit sie nicht zu unbequem erscheinen, befolgen. In Krankenhäuser gehören diejenigen, welche einer strengen Ueberwachung der Kostordnung bedürfen, und die arme Bevölkerung, für welche eine Behandlung im Hause schwer durchführbar ist. Die speciellen Ausführungen über die Kostordnung stimmen mit den

allgemein gültigen Regeln überein. Mit Recht aber weist Eichhorst die Klage vieler Kranken zurück, dass die ihnen verschriebene Kost zu eintönig, für lange Zeit nicht fortzusetzen sei, und weist darauf hin, dass es eines verständigen, geschickten Arztes bedarf, welcher auf alle Einzelheiten eingeht. Der Arzt muss eben ein gewiegter und erfahrener Küchenkünstler sein. — Von grossem practischen Werth ist die Frage, ob zu der antidiabetischen Kost plötzlich oder allmählich übergegangen werden soll. Eichhorst giebt für die Mehrzahl der Fälle wegen der oft sich einstellenden unangenehmen und gefährlichen Erscheinungen (Magendarmstörungen, Autointoxicationen, Coma) einer langsamen Entziehung von Kohlehydraten und Zucker den Vorzug. Unter den Getränken lässt er trotz des bedeutenden Calorienwerthes Alcoholika, wenn immer möglich, vermeiden. Als höchst wichtig bezeichnet er das Verfolgen des Körpergewichtes durch stetigen und fleissigen Gebrauch der Wage. Ein Zuckerkranker muss unter ständiger ärztlicher Aufsicht stehen. Denn trotz unveränderter äusserer Verhältnisse wechselt das Vermögen, zugeführte Kohlehydrate zu verarbeiten. Werth ist weiter auf Kleidung, Reinlichkeit und Bewegung zu legen. Psychische Aufregungen müssen ferngehalten werden. Von der in jüngster Zeit empfohlenen Milchcur hat Eichhorst bisher keine Heilung gesehen, ebensowenig von der Gewebssafttherapie, im besonderen von der Anwendung der Bauchspeicheldrüse. (Therap. Monatsh. 1902, No. 9).

Wiczkowski: *Beitrag zur Ernährung und Therapie der chronischen Nierenkranken.*

Nach den Erfahrungen des Verfassers bleibt die Qualität der Nahrungsmittel, mögen es ausschliesslich Milch und Milchspeisen oder vorwiegend weisses Fleisch oder endlich schwarzes Fleisch sein, ohne sichtbaren Einfluss auf die Menge des ausgeschiedenen Eiweisses. In den Fällen, die eine Tendenz zur Heilung oder wenigstens zur Besserung zeigen, dauert diese Tendenz unbeschadet und trotz des Wechsels in der Ernährungsweise fort und schreitet die Besserung in gleichem Tempo vorwärts. Dagegen vermag eine strenge Milchdiät in den schweren Fällen weder Erleichterung zu verschaffen, noch auch das Schicksal der Unheilbarkeit oder des tödtlichen Ausgangs abzuwenden. Wohl aber sind selbst in den unheilbaren Fällen eine gemischte Kost und der Wechsel der Nahrungsmittel von sichtbarem Einfluss auf den Appetit und den Ernährungszustand und wirken so unleugbar günstig auf die Verlängerung der Lebensdauer. Deshalb ist es vom klinischen Standpunkt betrachtet gleichgültig, ob wir dem Kranken weisses oder schwarzes Fleisch gestatten, wenn er nur gut genährt und hinreichend gekräftigt wird, um für jeden Fall den Kampf mit der Krankheit zu bestehen und möglichst lange am Leben zu bleiben.

Ob die Menge der zu gestattenden Flüssigkeit zu erhöhen oder zu erniedrigen ist, ist noch eine strittige Frage. Verf. steht auf dem Standpunkt, dass man diesbezüglich streng individualisiren muss, indem die einzuführende Flüssigkeit zu erhöhen ist, wenn Intoxicationserscheinungen auftreten, um die Stoffwechselproducte zu entfernen, natürlich unter steter Berücksichtigung der Herzthätigkeit und gleichzeitiger Verabfolgung von Diureticis. Die Flüssigkeitsmenge muss aber herabgesetzt werden, wenn es sich um die Resorption von Transsudaten und Oedemen handelt, um auf diese Weise die Herzkraft zu schonen. Treten jedoch beginnende urämische Erscheinungen auf, so darf die Flüssigkeitsmenge absolut nicht eingeschränkt werden.

Machen sich urämische Erscheinungen bemerkbar, so tritt Verf. für den Aderlass ein, der in drei Fällen seine Erwartungen bei weitem übertraf. Denn auf unerklärliche Weise trat nach der Venaesection in Folge eines urämischen Anfalles völlige Heilung ein — in einem Fall innerhalb dreier Wochen, im zweiten Falle nach drei Monaten und im dritten nach vier Monaten. Verf. hat aber auch ohne einen urämischen Anfall einen Aderlass vorgenommen und dies mit auffallend günstigem Erfolg. (Wiener klinische Rundschau, 1902, 16.)

C. S. Engel: *Ueber einen mit normalem Blutserum behandelten Fall von schwerem Scharlach.*

Das spontane Ueberstehen einer Infectionskrankheit hat man sich so vorzustellen: der Krankheitserreger ruft die Bildung von Immunkörpern von Seiten der Körperzelle hervor. Mit deren Hilfe zerstören die vorhandenen Alexine die Krankheitsursache. Ist die Krankheit glücklich überstanden, dann bilden sich bis zur völligen Genesung an Stelle der aufgebrauchten neue Complemente, während die Immunkörper noch einige Zeit im Serum vorhanden sind. Erliegt der Kranke, dann kann die Ursache entweder in der zu geringen Menge specifischer Amboceptoren oder in dem Verbrauchtsein der Complemente oder in dem mehr oder weniger grossen Mangel an beiden liegen. Diese Gesichtspunkte leiteten den Verf. bei der Behandlung eines schweren Falles von Scharlach, dessen Krankengeschichte er eingehend mittheilt, und sah er eine überraschende Wirkung durch Injection eines frischen normalen Menschenserums. Trotzdem er nicht auf die Brauchbarkeit des Normalserums für ähnliche Fälle aus der Beobachtung einen Schluss ziehen will, ist nicht zu bezweifeln, dass im Verlaufe einer schweren Infectionskrankheit nur zu oft die Frage entsteht, ob die natürlichen Schutzstoffe nicht unzureichend sind oder geworden sind. Eine Injection von normalem Menschenserum dürfte dann um so angebrachter sein, als die subcutane Einverleibung noch bedeutend grösserer Mengen als im vorliegenden Falle (8 cm^3) unbedenklich ist und die Gewinnung des nöthigen Blutes auf keine Schwierigkeiten stossen kann.

Das Serum darf allerdings nicht lange stehen, weil die Alexine schnell verloren gehen. Auch darf die Einspritzung nicht zu spät gemacht werden, weil die Körperzellen der Einwirkung des Giftes nicht mehr zu entziehen sind, wenn eine Bindung zwischen Gift und Zelle bereits eingetreten ist. (Therap. Monatshefte, 1902, 9.)

Neusser: *Zur Symptomatologie gastrointestinaler Störungen bei Arteriosclerose.*

Der 47jährige Patient klagt über plötzliche Anfälle von Brennen und einem Gefühl des Zusammenschnürens in der Magengrube, das so heftig sei, dass er nicht frei athmen könne, sondern wegen der Schmerzen kurz und beschleunigt athmen und stehen bleiben müsse. Heftige Anfälle beginnen mit brennendem, in der Tiefe localisirtem Magenschmerz, der sich nach aufwärts über die vordere Brustwand seitlich bis zum Manubrium sterni verbreitet, mit dem Gefühl des Zusammenschraubens in dem Kehlkopf; ab und zu auch Ausstrahlung der Schmerzen in die Zähne. Bei besonders heftigen Attacken verbreitet sich der Schmerz zwischen die Schulterblätter mit dem Gefühl eines um die Brust gelegten Gürtels. Der Kranke muss beengende Kleidungsstücke lockern, sein Gesicht ist verfallen und kalter Schweiss tritt auf der Stirne auf. Die Anfälle auslösenden Ursachen waren in der letzten Zeit mannigfaltig: nicht nur beim Gehen, auch beim Heben von Lasten, bei psychischen Aufregungen besonders im Dienste, bei Temperaturwechsel, z. B. beim Verlassen des geheizten Zimmers im Winter, beim Heraustreten in die kalte Luft treten Anfälle auf. Besonders leicht werden heftige Attacken ausgelöst beim Treppensteigen. Die Diagnose lautete auf Sclerose der Brustaorta und Insufficienz der Aortaklappen. Angina pectoris coronaria. Nach Rubidium jodatum 2,0 g pro die und Erythrol. tetranitrat. 0,01, welches die Anfälle abzukürzen schien, trat Besserung ein.

Aus allen bisher publicirten Krankengeschichten geht hervor, dass stets die mangelhafte Blutversorgung der betroffenen Theile bei erhöhter Inanspruchnahme der Function die Ursache der Beschwerden ist. Die Ischämie des Herzmuskels ist die Ursache des stenocardischen Anfalles, die des Gastrocnemius des intermittirenden Hinkens; die arteriosclerotische Ischämie des Verdauungstractes äussert sich einmal in Gestalt von Enteralgien, das andere Mal als intermittirende Parese des Darmes. (Wiener klinische Wochenschrift 1902, No. 38.)

Walko: *Ueber die Behandlung der Enuresis.*

Die Enuresis wird von den meisten Beobachtern als Neurose ohne irgend welche bestehende anatomische Veränderung gedeutet. Bei einem Vergleich der ungemein zahlreichen Methoden

ist es immerhin auffallend, dass bei Anwendung der verschiedensten und divergentesten oft gleich gute Erfolge zu Tage treten.

Zunächst veröffentlicht Verf. zehn Fälle reiner idiopathischer Enuresis, in welchen er grösstentheils mit combinirter Massage vom Rectum aus Heilung erzielte. In zwei Fällen wandte er Vibrationsmassage der Blasengegend durch je 2—3 Minuten an, in einem Falle leichte Hypnose mit dem gleichen Erfolg.

Weiterhin hat Verf. bei Fällen von symptomatischer Enuresis (Epilepsie, Prostatahypertrophie und Cystitis, functioneller Lähmung nach Trauma, Tabes) diese Methoden angewandt und immer, ausser in einem Fall von Tabes, Heilung oder wenigstens Besserung erzielt. Die combinirte Massage wurde derart ausgeführt, dass der Patient entweder in Rückenlage oder in Knieellenbogenlage gebracht wurde, dann die eine Hand oberhalb der Symphyse dem in das Rectum eingeführten Zeigefinger der anderen Hand entgegengedrückt. Nun wurde durch 4—5 Minuten eine leichte Massage des Blasenhalses durch kreisende Bewegung oder längs und quer verlaufende Streckung ausgeführt. Diese Methode empfiehlt Verf. dem practischen Arzt am meisten, die Cur dauert im allgemeinen 4—5 Wochen.

Verf. bespricht dann die electrische Behandlung, die hydrotherapeutische und die medicamentöse. Die Wirkungen der ersteren werden ungleich angegeben, die zweite nimmt lange Zeit in Anspruch, die dritte ist unsicher.

Verf. schreibt jeden Erfolg der einzelnen Methoden der Suggestivwirkung zu. Der Umstand, dass selbst von der frühesten Jugend bis weit über die Pubertätszeit hinausreichende Enuresis gestillt werden kann und der Sphincter von da ab normal functionirt, beweist, dass es sich bei dieser Erkrankung thatsächlich nur um eine Hemmungserscheinung psychischer Natur eines an sich normal entwickelten Organes und nicht um Entwicklungsstörung oder Muskelschwäche handelt. (Zeitschrift f. diätetische u. physicalische Therapie, Sept. 1902.)

Weissbein: *Zur Frage der künstlichen Säuglingsernährung mit besonderer Berücksichtigung von Soxhlets Nährzucker.*

Nach Heubner's Angaben sind in 1000 g Muttermilch 10—12 g Eiweiss, 35 g Fett und 65 g Zucker = 613—621 Calorien enthalten. Nach Rubner finden sich in 1000 g Kuhmilch 34,1 g Eiweiss, 36,5 g Fett und 48,1 g Milchzucker. Die Kuhmilch enthält also mehr Eiweiss und weniger Kohlehydrate als die Muttermilch.

Soxhlet bietet mit seinem Nährzucker der Praxis der Säuglingsernährung ein einwandfreies, direct resorbirendes Umwandlungsproduct der Stärke, dem jede abführende Wirkung fehlt, mit dem also das gesteckte Ziel, Beigabe grosser Kohlehydratmengen zur Kuhmilch, sich leicht erreichen lässt. Die ab-

führende Wirkung kommt dem Nährzucker nicht zu, weil er nur zur Hälfte aus Maltose (zur anderen aus Dextrin) besteht.

Das weisse, wenig hygroscopische Pulver löst sich leicht in Wasser und ist nur ¼ mal so süss wie Rohrzucker. Da die Milch beim Sterilisiren theils die Fähigkeit verliert, durch das Labferment des Magens zu gerinnen (weil beim Erhitzen der Milch ein Theil der gelösten Kalksalze unlöslich wird), so sucht Soxhlet durch Zusatz einer geringen Menge saurer Kalksalze die angegebene Veränderung zu verhindern. Ausserdem setzt er, um die Chlorarmuth der Kuhmilch, die Ursache der geringen Salzsäureproduction zu beseitigen, dem Präparat etwa 2 Proc. Kochsalz zu, wodurch nach Zweifel auch eine leichtere Verdaulichkeit des Kaseins bewirkt wird.

Um einen passenden Ersatz für Muttermilch zu schaffen, mischt man einen Theil Milch mit zwei Theilen einer Lösung von 90 g Nährzucker im Liter. Von dieser Mischung giebt man bis zur vierten Woche 600 g, bis zur siebenten Woche 700 g, bis zur neunten 850 g und bis zur dreizehnten Woche 900 g. In einem Liter der Mischung sind enthalten ca. 11,4 g Eiweiss, 12,2 g g Fett und 106 g Kohlenhydrate (90 g Nährzucker, 16 g Milchzucker) = 595 Calorien.

Im Laufe der folgenden Wochen steigt man allmählich auf 1000 g bis 1200 g, im siebenten bis achten Monat kann man meistens gut mit einer reinen Milchernährung und auch mit anderer passender Beinahrung beginnen.

Verfasser hatte in seiner Privatpraxis 26 mal Gelegenheit, die Ernährung von Säuglingen nach dem geschilderten Verfahren durchzuführen. In fünf Fällen trat Verstopfung ein, die Verfasser jedesmal dadurch zum Verschwinden brachte, dass er eine Mischung von zwei Drittel Nährzucker und ein Drittel Milchzucker anwenden liess. Im Koth konnte er niemals Dextrin und Maltose nachweisen, woraus sich die gute Resorbirbarkeit des Nährzuckers ergiebt. In acht Fällen hatte Verf. auch Gelegenheit, die verbesserte Liebigsuppe Soxhlets mit gutem Erfolge zu benutzen bei Kindern mit Magendarmcatarrh. Verf. theilt dann noch seine Resultate der farbenanalytischen Untersuchung der verbesserten Liebigsuppe und der gebräuchlichsten Kindermehle an. (Deutsche med. Wochenschrift 1902, No. 30.)

Matzenauer: *Die Vererbung der Syphilis. Ist eine paterne Vererbung erwiesen?*

Verf. steht auf dem Standpunkt, dass die ganze, heute fast allgemein acceptirte Theorie, wonach Immunität gegen Syphilis acquirirt werden kann, ohne Syphilis selbst durchzumachen (1. wenn man Mutter wird eines vom Vater syphilitischen Kindes und der Infection vom Vater und vom Kind entgeht, 2. als Kind syphilitischer Eltern, wenn man der Vererbung der Syphilis entgeht), heute nicht mehr aufrecht erhalten werden kann und fal-

len gelassen werden muss. Gegen die Annahme, dass die nach dem Calles'schen Gesetz immunen Frauen bloss immun, aber doch wirklich gesund und nicht etwa latent syphilitisch seien, spricht: 1. dass in der gesammten Pathologie der Infectionskrankheiten und auch bei Syphilis speciell eine spermatische Vererbung der Krankheit selbst nicht zu erweisen ist, sondern eine Vererbung derselben immer nur von der Mutter aufs Kind stattfindet; 2. dass bei Syphilis überhaupt keine nachweisliche Vererbung der Immunität stattfindet; 3. dass bei anderen Infectionskrankheiten die Vererbung einer dauernden Immunität überhaupt niemals vorkommt, sondern dass eine vererbte Immunität höchstens eine passive, rasch vorübergehende sein könnte. Da es keine hereditäre Syphilis ohne Syphilis der Mutter giebt und da andererseits von einer syphilitischen Mutter die Krankheit zweifellos vererbt werden kann, so folgt daraus, dass wir eine Vererbung der Syphilis in jedem Falle von einer syphilitischen Mutter ableiten können und die Hypothese einer paternen Vererbung nicht anzunehmen brauchen.

Die Consequenzen für die Praxis ergeben sich von selbst. 1. Die Mutter eines syphilitischen Kindes muss, auch wenn sie keine Symptome bietet, mit Quecksilber behandelt werden. 2. Die Mutter eines syphilitischen Kindes kann entsprechend dem Calles'schen Gesetz ungescheut ihr Kind selbst stillen. 3. Die syphilitischen Eltern eines gesunden Kindes können möglicherweise ihr Kind inficiren. 4. Ein syphilitischer Mann soll, um die Infection seiner Frau zu vermeiden, nicht vor Ablauf mehrerer Jahre seit seiner Infection und nicht ohne mehrfach wiederholte Quecksilberbehandlung in die Ehe treten. (Wiener klin. Wschr. 1903, 7).

Marchand: *Ueber Gewebswucherung und Geschwulstbildung mit Rücksicht auf die parasitäre Aetiologie der Carcinome.*

Auf Grund seiner eingehenden Ausführungen, die im Original nachgelesen werden müssen, kommt Verf. zu dem Resultat, dass wir bei Ausschliessung einer echten infectiösen (microparasitären) Ursache die Erscheinungen der Malignität der epithelialen Neubildungen nur durch die Annahme von „toxischen", durch den Lebensprocess der Zellen entstandenen Substanzen erklären können, deren Bildung und Anhäufung auf eine „Entartung" der Zellen, d. h. auf eine Abweichung von ihren normalen Stoffwechselvorgängen und damit zugleich auch von ihrer normalen Zellstructur, unter dem Wegfall normaler Regulirung der Zellthätigkeit, zurückzuführen ist. Diese Entartung kann sowohl dem Grade als der Qualität nach sehr verschieden sein. Eine gesteigerte Wucherungsfähigkeit kann, besonders bei embryonalem Gewebe, unabhängig von einem Entartungsvorgange sein; die

Zerstörung des normalen Gewebes durch die wuchernden Elemente setzt aber auch hier das Vorhandensein toxischer Substanzen voraus. Durch die Annahme toxischer Eigenschaften erscheint auch das, was man als verminderte Widerstandsfähigkeit des Gewebes bezeichnet, in etwas anderer, weniger grob mechanischer Bedeutung. Die Widerstandsfähigkeit des normalen Organismus gegen die Verbreitung wuchernder Elemente würde zum grossen Theil darin bestehen, dass die Zellen nicht die für ihre Weiterentwicklung geeigneten stofflichen Bedingungen finden oder dass, mit anderen Worten, ihre specifischen schädlichen Eigenschaften durch normale Stoffwechselvorgänge („gesunde Säfte") neutralisirt werden. (Dtsch. med. Wschr. 1902, No. 39).

Richter: *Clavicularfracturen Neugeborener bei spontaner Geburt.*

Für den Geburtshelfer als auch namentlich für den Sachverständigen vor Gericht ist die Thatsache von grosser Wichtigkeit, dass bei einer spontanen Entbindung, bei welcher ausser den schulgerechten Handgriffen der Hebamme zur Entwicklung der Schultern nach dem Schädel keinerlei Handgriffe an dem Kinde oder an der Mutter ausgeführt werden, sehr leicht und ohne nennenswerthe Gewaltanwendung ein Schlüsselbeinbruch bei Neugeborenen erzeugt werden kann. Verf. sind im Verlaufe eines Jahres 65 Fälle von sicher festgestellten Clavicularfracturen bei Spontangeburt zur Beobachtung gekommen, die von den drei geburtshilflichen Abtheilungen der niederösterreichischen Landesgebäranstalt stammten. Die Fracturen kommen gewöhnlich an jenem Schlüsselbein zur Beobachtung, das sich bei der Entwicklung der Schultern an die Symphyse anstemmt. Eine indirecte Gewalt biegt die Clavicula über ihre Elasticitätsgrenze hinaus und bricht sie. In demselben Augenblick hört diese Gewalt zu wirken auf, da die Schultern des Kindes entwickelt sind. Die in ihren beiden Gelenken federnde Clavicula kann sofort in ihre normale Lage zurückspringen und die beiden Bruchflächen können sich wieder vollständig glatt aneinanderlegen, ja, wenn es sich um einen Schrägbruch handelt, so können sich die beiden spitz zulaufenden Bruchstücke auch ineinander einkeilen. So kann Intactheit der Clavicula unmittelbar nach der Geburt vorgetäuscht werden, wenn vorsichtig untersucht wird. Die unmittelbar nach der Geburt normal gelagerten Fragmente können durch das nachträgliche Hantieren mit dem Kinde beim Baden, Abtrocknen, beim Umwickeln oder Anziehen ohne besondere Gewaltanwendung aus ihrer Lage gebracht werden. Dadurch und durch den bald fühlbaren Callus wird die Diagnose einer Fractur möglich, wo das Schlüsselbein früher unverletzt schien.

Abnorme Beweglichkeit lässt sich in manchen Fällen nach-

weisen, in anderen kann sie fehlen. Aehnlich verhält es sich mit der Crepitation. Sie ist zuweilen sehr deutlich und schon beim blossen Auflegen des Fingers wahrnehmbar, in anderen Fällen überhaupt nicht hervorzurufen. Bezüglich der beiden letztgenannten Symptome muss betont werden, dass beim Suchen nach denselben Vorsicht am Platze ist. Denn es könnte wohl geschehen, dass eine blosse Infraction durch die allzu kräftigen Bemühungen, Crepitation oder Beweglichkeit nachzuweisen, in eine vollständige Fractur verwandelt wird, oder dass eine weit stärkere Dislocation erzeugt wird, als sie ursprünglich da war.

Die Prognose ist günstig; denn nach 14 Tagen ist der Callus schon ganz fest und die Fractur gut consolidirt. Die Dislocation vollständig auszugleichen, gelingt meistens nicht. Die Behandlung besteht in der Anlegung entsprechender Verbände. (Wiener klinische Wochenschrift 1902, No. 24.)

A. Schanz: *Schmerzende Füsse.*

Schmerzen in der Ferse, Schmerzen in der Mitte der Fusssohle, Schmerzen am äusseren oder inneren Knöchel, empfindliche Stellen in der Sohle unter dem Metatarsalköpfchen u. s. w. sind bei negativem Befund, trotz des schönsten Fussgewölbes, als Plattfussbeschwerden zu bezeichnen. Verfasser giebt nun den Beweis für seine Behauptung. Der werdende Plattfuss oder der plattfussbildende Process erzeugt Beschwerden, es müssen also solche Beschwerden auch vorkommen können an Füssen, welche den entstehenden Plattfuss noch nicht objectiv erkennen lassen.

Typische Schmerzpunkte giebt es nicht, sondern die Localisation ist sehr variabel. Verfasser schildert den Symptomencomplex des Plattfusses und die Plattfussbehandlung bei noch nicht eingesunkenem Fussgelenk. Sicher wird man sein Ziel erreichen, wenn man den jeweiligen Ueberschuss an Belastung irgendwohin abgeben kann, was durch Plattfusssohlen geschieht. Verfassers Methode ist folgende: er lässt den Patienten auf ein berusstes Papier treten und zeichnet auf dasselbe eine Umrisslinie des Fusses auf. Nach diesem Russabdruck schneidet er eine Schablone aus Papier aus, nach welcher er eine Celluloidplatte von 3—3½ mm Dicke schneidet. Diese wird in kochendem Wasser erweicht und dann in die gewünschte Form gebogen, was aus der freien Hand geschieht. Die Form muss natürlich der Form des Fusses sich anpassen. Verfasser betont, dass man oft nicht mit dem ersten Versuch die richtige Biegung trifft und dass die Haltbarkeit des Celluloids eine sehr variable Grösse ist. Diese Sohlen lassen sich in jedem richtig gearbeiteten Stiefel tragen. Ist der Arzt nicht in der Lage, diese Platte anzufertigen, so soll er es mit einem Zinkleimverband versuchen. Für das Weitere muss der Schuhmacher her: festsitzende Schnürstiefel mit Einlage und verstärktem Gelenk und mittelhohem breiten

Absatz. „Leichte" Fussbekleidung (Pantoffeln, Sandalen) darf Patient nie tragen. (Deutsche med. Wschr. 1902, No. 42.)

F u c h s: *Klinisch-therapeutische Erfahrungen über Thiocol und Sirolin.*

Verf. hebt die Vortheile des Thiocols und Sirolins gegenüber allen übrigen Creosotderivaten hervor. Infolge seiner Ungiftigkeit, Appetit und Verdauung fördernden, Fieber, Nachtschweisse und vor allem den Localprocess günstig beeinflussenden Wirksamkeit ist das Mittel als das derzeit beste Guajacolpräparat bei der Phthise zu bezeichnen. Dasselbe ist vor allem bei beginnender Lungentuberculose, aber auch gegen die Symptome schwerster Phthisen und besonders bei Complication mit Darmtuberculose, wobei keine Contraindication (auch nicht durch Haemoptoe) besteht, bestens zu empfehlen.

Thiocol ist ein weisses, fein crystallinisches, schwach salzig, aber nicht unangenehm schmeckendes, völlig geruchloses, nicht hygroscopisches und haltbares Pulver. Es wird theils als Pulver in Oblaten, theils in Tabletten à 0,5 g, gewöhnlich in der Dosis von 3—6 g pro die verabreicht und von den Patienten gern genommen; ebenso das aromatisch riechende und sehr angenehm schmeckende Sirolin, eine Lösung von 100 cm^3 Orangensyrupauszug mit 10,0 Thiocol, in der Menge von drei- bis fünfmal täglich ein Kaffeelöffel. (Wiener klin. Rundschau 1902, 21, 22.)

J a e n i c k e-Apolda: *Zur Casuistik der intravenösen Collargolbehandlung septischer Processe.*

J. berichtet über einen Fall von septischer Parametritis nach schwerer Zangenentbindung, in welchem bei absolut infauster Prognose eine Injection von 8 ccm einer 1 proc. Collargollösung in eine oberflächliche Vene der rechten Ellenbogenbeuge mit dem überraschenden Erfolge gemacht wurde, dass der ganz desolate Fall binnen 36 Stunden entfiebert war und dass ein kindskopfgrosses Exsudat binnen 4½ Tagen völlig verschwand. Perforation nach Mastdarm, Scheide oder Blase gänzlich ausgeschlossen, da die Ex- und Secrete in dieser Beziehung ganz besonders beobachtet wurden. (Deutsche med. Wochenschr. 1903, No. 6.)

H. S i n g e r: *Ueber den Einfluss der Somatose auf die Magenmotilität.*

Zu Vorversuchen am Thier bediente Verf. sich der Oelmethode nach K l e m p e r e r, welche bekanntlich die Menge des nach gewisser Zeit durch Ausspülung zurückgewonnenen Olivenöls als Maassstab der Magenmotilität annimmt. Die Somatoseversuche wurden so eingerichtet, dass die Versuchtsthiere nach gleich langen Hungerperioden zu der gleichen Tageszeit das Oel per Schlundsonde erhielten und nach gleich langem Zeitintervall

die Magenausspülung vorgenommen wurde. Die Versuche während der Somatosezeit zeigen übereinstimmend, dass in der gleichen Zeit ein grösserer Antheil der gegebenen Oelmenge durch den Magen hindurchgetreten ist als in der somatosefreien Vorperiode. Im allgemeinen geht die Passage des Oels durch den Pylorus langsamer vor sich als bei den Versuchen K l e m p e r e r's. Namentlich bei Katzen wird auch nach geraumer Zeit unter normalen Verhältnissen stets ein sehr erheblicher Bestandtheil des Oels noch im Magen vorgefunden.

Der positive Ausfall der Thierversuche gestattet nicht ohne weiteres die Uebertragung auch auf den Menschen. Aber auch beim gesunden Menschen lässt sich mittelst der Jodipinprobe der Einfluss der Somatose auf die Magenmotilität constatiren. Da das mittelst Schwefelkohlenstoff und Natriumnitrit nachgewiesene Jod jedoch normal schon sehr früh, bei leerem Magen schon nach 20 Minuten in Harn und Speichel auftritt, wurde die Reactionszeit dadurch verlängert, dass das Jodfett stets nach einer voluminösen compacten Mahlzeit gereicht wurde. Das Jod erscheint in den Somatoseversuchen nicht nur früher, sondern auch reichlicher in den Secreten. Wenn Nachprüfungen ebenfalls und noch deutlichere positive Resultate zeitigen, dann würde die Somatose einer doppelten Indication genügen: als sehr wenig voluminöses Nährmittel, welches mit Leichtigkeit den Pylorus passiren kann, und zugleich als Anregungsmittel der geschwächten Magenmotilität. (Therap. Monatsh. 1902, X.)

B e r n h a r d F r i e d e m a n n: *Creosotal gegen Pneumonie.*

Verfasser berichtet unter Anführung von zehn Krankengeschichten über die von ihm von März bis November 1902 behandelten Fälle von croupöser Pneumonie mittelst Creosotal. Der Erfolg war in allen Fällen ein totaler. Selbst bei Potatoren und in ausserordentlich schweren Erkrankungen, welche einen das Leben bedrohenden Character annahmen (Temp. bis 40,6, Fieber-Delirien mit fliegendem Puls, rostbraunes Sputum mit Blut), war die Wirkung des Creosotals eine prompte und frappante. Verfasser wendete das Creosotal in allen Fällen sehr frühzeitig, meistens am ersten, spätestens am zweiten Tage der Erkrankung an. Seine gewöhnliche Verordnung ist: Creosotal 8 g in Emulsion, innerhalb 24 Stunden zu verbrauchen. Feuchte Compressen um die Brust. Bei Kindern von 8—14 Jahren 4—6 g. Das Fieber und die übrigen Symptome waren fast in allen Fällen innerhalb 24 Stunden geschwunden. Das Creosotal musste aber noch einen oder zwei Tage länger gegeben werden, bis die Dämpfung vollständig verschwunden war. Andernfalls tritt Rückfall ein, der durch nochmalige Verordnung von Creosotal schnell beseitigt werden kann. Die Genesung (Verschwinden der Dämpfung) war selbst in den schwersten Fällen innerhalb drei Tagen eine vollständige.

Den schnellen Abfall in der Temperatur, die schnelle Besserung des Allgemeinzustandes und Beseitigung der Dämpfung kann man nach Verfasser nur dadurch erklären, dass das Creosotal eine bactericide oder entwicklungshemmende Wirkung auf den Erreger der croupösen Pneumonie ausübt und ausserdem auch den giftigen Stoffwechselproducten der Pneumococcen entgegenwirkt oder sie beseitigt. Verfasser wirft die interessante Frage auf, ob Creosotal auch bei anderen durch den Pneumococcus hervorgerufenen Erkrankungen eine ähnliche specifische Wirkung ausübe. (Therapie der Gegenwart. Februar-Heft 1903.)

Feuilleton.

Die Bedeutung der griechischen Sprache.

Der Deutschen Medicinischen Presse entnehmen wir folgenden Briefwechsel, der für unsere Leser von Interesse sein dürfte:

Brief aus New York.

> It is possible to fool some of the people all the time, all of the people some of the time, but not all of the people all the time. Abraham Lincoln.

In einem Vortrag, den ich auf die Einladung von Seiten Professor Osler's, des Präsidenten der hohen Hopkins Universität von Baltimore an dieser Universität am 19. Februar 1902 hielt, und der in der Münchener Zeitschrift „Deutsche Praxis" vom 10. und 25. Juni 1902 mit einigen Zusätzen und Auslassungen in deutscher Uebersetzung und in der Zeitschrift Σάλπιγξ von Cypern in wörtlicher Uebertragung in griechischer Sprache erschienen, habe ich nachgewiesen, dass uns unsere Scholarchen aller Orten ausserhalb Griechenlands während der letzten vier Jahrhunderte zum Besten gehabt haben.

Im 16. Jahrhundert verwarfen sie die überlieferte Aussprache des Griechischen, erklärten Griechisch für eine todte Sprache und lehren seitdem in den Schulen Griechisch, während sie selbst nur ein Bruchstück dieser Sprache kennen und nicht griechisch sprechen können. Auf sie passt der oben angeführte Ausspruch Lincoln's: „Es ist möglich, gewisse Leute alle Zeit zum Narren zu haben, auch ist es möglich, die ganze Welt eine Zeit lang zu narren, aber es ist nicht möglich, alle Welt alle Zeit zu täuschen."

So wenig wie Jemand den hohen Werth, die grosse Bedeutung der Erforschung der classischen Literatur für die Wissenschaft, für das Geistesleben der Völker verkennen kann, so wenig kann irgend Jemand verkennen, welchen Nachtheil es z. B. in Bezug auf die ärztliche Kunstsprache

gebracht, dass die Philologen insofern unwissenschaftlich waren, als sie nicht auch von der in Griechenland seit den allerältesten Zeiten bis auf heute wirklich gesprochenen Sprache Kenntniss nahmen und sie zur Erforschung der classischen Literatur benutzten. Ganz besonders aber trifft die Philologen von heute der Vorwurf, dass sie die heutige griechische Sprache nicht kennen wollen, ja, dass sie sich verschworen haben, die Wahrheit über die Beziehung des heutigen Griechisch zu dem durch die Classiker überlieferten zu unterdrücken.

Alle Schuld rächt sich auf Erden! Man will den griechischen Unterricht in den Schulen beschränken oder ganz verbannen und begründet dieses Vorhaben damit, dass man vorbringt, dass das Ergebniss dieses Unterrichts, im practischen Lichte betrachtet, nicht zufriedenstellend sei, zu geringfügig für die Zeit, die darauf verwendet werde.

Würde man den Angriff anstatt gegen das Studium selbst, gegen die Methode, nach der die Sprache in unseren Schulen gelehrt und gelernt wird, gerichtet haben, so wäre es ein berechtigter Angriff gewesen, der viel Gutes zur Folge gehabt haben müsste.

Die griechische Sprache muss als eine lebende Sprache erworben werden.

Griechisch von heute, wie es in den Schulen in ganz Griechenland gelehrt wird, die officielle Sprache der griechischen Regierung, ist reines Attisch, so rein, wie es je war. Es ist die unsterbliche griechische Sprache in all ihrer Jugend und Schönheit, frei von fremden Elementen.

Wer diese Behauptung in Zweifel zieht, der lese die griechische Uebersetzung von N i e m e y e r's Pathologie und Therapie (sollte heissen Nosologie und Therapie), die im Jahre 1885 in Athen erschienen ist und die man sich durch eine Buchhandlung verschaffen kann. Ich bezeichne gerade dieses Buch, weil das deutsche Original sehr verbreitet ist.

In den mir zu Gesicht gekommenen Schriften über die Frage des Unterrichts im Griechischen in den Schulen, Beibehaltung oder Beschränkung, war der Gedanke, die Methode zu ändern, das wirklich Gesprochene Griechisch von heute zu berücksichtigen, nicht erwähnt; wahrscheinlich deshalb nicht, weil die Scholarchen das heutige Griechisch nicht kennen und ihnen die Einführung derselben sehr unbequem sein würde.

Kämpfen die meisten von ihnen doch schon gegen die einzig berechtigte Aussprache, ohne die man selbstverständlich nicht griechisch sprechen lernen kann.

Es würde zu weit führen diesen Gegenstand, die griechische Aussprache und den griechischen Schulunterricht, hier näher zu beleuchten, und ich will mich darauf beschränken, auf das hinzuweisen, was ich in meinem bescheidenen Buch „Die Griechen und ihre Sprache seit der Zeit Konstantins des Grossen", was ich in einem Artikel in der Berliner Zeitschrift „Die Zukunft" vom 5. October 1901 und schliesslich, was ich in dem erwähnten Vortrag gesagt.

Ich bin mir wohl bewusst, welch Schütteln des Kopfes diese meine Ausführungen bei den deutschen Collegen im Allgemeinen bewirken werden, aber ich bitte, sich eines absprechenden Urtheils zu enthalten, so lange man nicht mit der heutigen griechischen Sprache vertraut oder, was noch schlimmer, so lange man sie nur von Hörensagen kennt. A. R o s e.

Offener Brief an Herrn Professor Dr. Rose in New York.

Sehr geehrter Herr Professor!

Da Sie Ihren New Yorker Brief aus No. 19 dieser Zeitschrift offenbar an die Aerzte richten, wollen Sie eine Antwort, sei sie nun bejahend oder verneinend aus den Kreisen der Angeredeten. Sie werden also die Erwiderung eines Arztes erwarten und dabei nicht Specialkenntnisse eines Fachphilologen voraussetzen.

Nun, zuerst muss ich gestehen, dass mir nicht ganz sicher ist, was Sie mit Ihrem Briefe bezwecken, zumal, da ich von Ihren anderen Werken nichts zu lesen Gelegenheit hatte: anscheinend die Kenntniss der griechischen Sprache für die sogen. gebildete Welt retten. Als den Weg dazu sehen sie offenbar an: die Erlernung des Neugriechischen, das „als eine lebende Sprache erworben werden soll."

Ihr vornehmlichster Grund dafür ist, dass das Neugriechische, — nämlich die officielle Sprache der griechischen Regierung — so reines Attisch sei, wie es je war.

Dann ist es also doch gleich, ob man am Xenophon oder an Rescripten der Regierung Griechisch lernt — nicht wahr? oder an Sophokles? Und da muss ich Ihnen frank und frei gestehen, dass ich lieber Xenophon und Sophokles lese als Regierungsverfügungen.

Im Uebrigen haben Sie in dieser Behauptung der Identität des Neugriechischen mit dem Attischen doch nicht so absolut recht. Sehr nahe kommen sich die beiden Sprachen, aber z. B. heisst: es ist ἐστὶ während es im Neugriechischen εἶναι heisst. Die Infinitivbildung ist durch *να* ersetzt etc. — also ein Unterschied ist schon da, und kein so ganz kleiner. Freilich ist es für jeden, der immer von dem grossen Abstande zwischen Neu- und Alt-Griechisch gehört hat, erstaunlich zu sehen, dass Neugriechisch in der Hautpsache das Idiom Xenophons ist.

Und nun das Erwerben des Griechischen als lebende Sprache! Das soll doch wohl die neuerdings beliebte Methode, die sich der der Berlitz-School möglischt nähert, bedeuten? Ich meinerseits halte es dagegen für einen grossen Segen, wenn man die Sprachen auf der Schule rein grammatikalisch erlernt. Denn ich meine, dass hierin ein Haupttheil des Erziehungswerthes der Sprachenstudien liegt, und zwar gerade in dem verpönten Formenexercitium und in der Syntaxdressur. Ja, ja so veraltete Menschen giebt es. —

Ich kann mir nicht helfen; aber wenn ein Junge eine Form gefragt wird, z. B. wir lösen, und ohne auch nur einen Moment zu zögern Λύομεν antworten muss, um sofort zu hören: ihr wurdet erzogen, und ohne Zeitverlust ἐπαιδεύεσθε herauszustossen, so meine ich, dass damit die Aufmerksamkeit so intensiv erzwungen wird, wie es nur durch irgend eine Methode angeht: er hat ja überhaupt keine Zeit, die Gedanken abschweifen zu lassen; und wenn der Schüler lernen muss, wie ein Satz zu construiren ist, den er zunächst nicht übersieht, so ist auch darin mehr logisches Erziehungsmaterial gegeben, als in der Berlitzmethode, die meist nur das Gedächtniss, das nebenbei durch die alte Grammatik ebenso geübt wird, in Anspruch nimmt. Freilich sollen diese und auch die höchst lehrhaften etymologischen Studien nicht allein gepflegt werden, sondern es muss auch

zum Ausdruck kommen, dass man eben nicht Regierungsdecrete, sondern herrliche Dichtwerke liest.

Und nun die Verbrechen der Scholarchen: Sie haben und lehren eine Aussprache, die nicht die einzig berechtigte ist — nämlich nicht die moderne.

Ja, aber wieso ist denn die jetzige Aussprache des Griechischen die maassgebende für das Griechisch Xenophons und Herodots? Es ist doch ganz sicher, dass die Griechen in alter Zeit anders gesprochen haben als jetzt, und zwar ähnlich wie es in den deutschen Schulen gelehrt wird, oder glaubt Herr Prof. Rose, dass die Römer den griechischen Namen Οἰδίπους in Oedipus umgewandelt hätten, wenn die alten Hellenen Idsipus wie heut gesprochen hätten? Oder dass die Römer Ἥβη als Hebe wiedergegeben hätten, wenn das Wort im alten Griechisch wie im modernen Iwi gelautet hätte? Sicherlich nicht!

Wenn man die Neugriechische Aussprache aber trotzdem in den Schulen lehren wollte, so würden sich die Schwierigkeiten nicht vermindern, sondern erhöhen; wie schwer würde es den Kindern werden unter dem J zu ahnen, ob es sich um ein οι, η, ι, υ, ει oder υ handelt. Und zu welchem Zwecke? Die alte Aussprache ist es sicherlich nicht gewesen. Also kann es nur practische Zwecke haben, also etwa um den wenigen, die einmal nach Griechenland kommen, den Verkehr zu erleichtern! Nun, meinetwegen könnte ja in der Prima einige Zeit darauf verwandt werden, die Abweichungen des modernen Griechisch und seine Aussprache zu erlernen; practisch bedeutet das herzlich wenig, denn noch nicht 1 per Mille aller Abiturienten kommt nach Griechenland, und wer dort ist und noch Xenophonteisches Griechisch kann, lernt in 3 Tagen, was er für den Verkehr braucht.

Also lassen wir den „Scholarchen" ihre wirklich wissenschaftliche Methode der grammatikalischen Lehre des griechischen Xenophons mit der in Deutschland üblichen Aussprache — höchstens könnte hie und da ein Streiflicht auf neue Aussprache und Form fallen. Aber möge man die classischen Philologen so viel wie möglich ins neue Griechenland senden, damit sie es um so süsser empfinden bei den Liedern des alten Homer den Schülern zu schildern, wie die Olivenhaine Korfus rauschen, und wie man dort noch oft Menschen antrifft, die die reine Verkörperung des treuen Schweinehirten Eumaeos und des ziegenbeherrschenden Heimtückers Melanthios sind. Vielleicht findet sich dann in der Reisetasche des ehemaligen deutschen Schülers solch eines Lehrers eine Odysse, die er zwar in der alten Aussprache aber mit wohllauterfülltem Herzen liest in irgend einem sonnendurchblitzten Waldwinkel des alten neuen Griechenlands!

Ihr mit vorzüglicher Hochachtung ergebenster
Dr. med. Georg Rosenfeld (Breslau).

Antwort auf den Brief des Herrn Dr. Rosenfeld in No. 23, 1902 der „Deutsch. Med. Presse".

Sehr geehrter Herr College!

Ich danke Ihnen für Ihren Brief. Er bestätigt, was ich so oft ausgesprochen, dass man ausserhalb Griechenlands die Griechen von heute und

deren Sprache nicht kennt. Wenn hie und da ein Mann wie Dr. Eduard Engel ein kräftiges Wort der Wahrheit über die heutigen Griechen und deren Sprache sagt, so findet das leider zu wenig Beachtung, weil das grosse Publicum nur Entstellungen über Griechenland hören will, das herrliche wissenschaftliche Buch des grossen Philologen Hatzidakis, Einleitung in die neugriechische Grammatik, dass dieser Mann von Kreta in deutscher Sprache geschrieben, wird nicht benutzt, weil den deutschen Philologen die Wahrheiten, die es enthält, unbequem sind.

Die Bedeutung des Griechischen in der Medicin hat Virchow in seiner Rectoratsrede im Jahre 1892 hervorgehoben, und Virchow's Ideen haben Ihrem ergebensten Diener Anregung gegeben, wirklich lebendiges Griechisch zu lernen.

Die Gesellschaft und die Presse aller sonst civilisirten Länder ist Griechenland gegenüber ungerecht, gehässig, ja so barbarisch, wie es nur je wirkliche Barbaren gewesen. Von frühester Jugend an wird in uns eine Art Lyssa gegen die modernen Griechen entwickelt. —

Weshalb man gerade die Rescripte der griechischen Regierung lesen sollte, um griechisch zu lernen, sehe ich nicht ein, aber so thöricht wird wohl niemand sein, dies zu thun. Ich bitte den Herrn Redacteur und den Herrn Verleger der „Deutschen Medicinischen Presse" einen Vortrag über Virchow, den ich in englischer Sprache gehalten, in griechischer Uebersetzung, die ich beilege, abzudrucken (leider können wir diesen Wunsch des Herrn Einsenders nicht erfüllen. Anmerkung der Red. der Deutschen Med. Presse), damit sich die Herren Collegen überzeugen können, dass die Sprache, die jeder Grieche kennt und neben der demotischen Sprache (die aber auch echtes uraltes Griechisch ist) sprechen kann, wirklich unverfälschtes Attisch ist, mit dem einzigen Unterschied, dem Xenophontischen Attisch gegenüber, dass die Grammatik hier und da ein wenig vereinfacht ist.

Ich habe einen amerikanischen Freund, der sich sehr angestrengt hat, Deutsch zu lernen, und da er das gewählteste und beste Deutsch sprechen wollte, sich an Schiller's Braut von Messina übte. Ich wünschte, Sie würden diesen Herrn Deutsch sprechen hören, etwas Entsetzlicheres ist nicht denkbar.

Wir haben ja alle in der Schule französisch und englisch gelernt, Grammatik, Wörterbuch, Lesestücke, Aufsätze gehabt, aber es nimmt länger als drei Tage, ehe wir unter Franzosen oder Engländern mit unserem Schulfranzösisch und Schulenglisch zurecht kommen.

Die heutige Aussprache des Griechischen ist die Aussprache der Zeit Xenophons; davon können Sie sich, Herr College, sehr leicht überzeugen, wenn Sie nur Münzen aus der Zeit Alexanders des Grossen besehen wollen; die phonetisch geschriebenen Inschriften liefern den Beweis.

Wie Griechisch ausgesprochen, ehe Attisch die Nationalsprache wurde, als noch die alten Dialecte herrschten, darüber geben die Inschriften, darüber geben auch heute noch gesprochene alte Volksdialecte in Griechenland Aufschluss. Der eminente Philologe Professor Papadimitrakopoulos hat darüber alles, was man weiss, in einem grossen Werke gesammelt.

Ob man die Berlitz'sche Methode, oder wie Schliemann und wie Ihr ergebenster Diener gar keine besondere Methode anwendet, sondern Griechisch unter dem griechischen Volk, unter der Arbeiterklasse z. B., lernt, ist gleichgiltig; man wird dann erst recht Xenophon und Sophokles mit Genuss lesen, und nichts wird uns hindern, die griechische Sprache grammatisch zu studiren. Den Beweis hierfür liefern die Schulen in ganz Griechenland, auch die geringsten Volksschulen.

Es giebt nämlich so wenig einen Berg ohne ein Thal, als ein griechisches Dorf ohne Volksschule. Der öffentliche Unterricht ist in ganz Griechenland obligatorisch, frei und confessionslos. Die griechischen Volksschulen stehen keinen Volksschulen irgend eines Landes nach. Meine Tochter von 14 Jahren ist Schülerin einer Volksschule in Athen und sie kann Xenophon so gründlich grammatisch erklären, wie irgend ein Schüler von Obertertia in Deutschland.

In einem flüchtigen Brief lässt sich über den grossen Gegenstand nicht eingehend sprechen; ich würde mich deshalb sehr freuen und es würde mir eine grosse Genugthuung sein, wenn Sie die bescheidenen Schriften, die ich in meinem ersten Brief genannt, durchlesen wollten. Ich bin fest überzeugt, dass Sie selbst über sich in Erstaunen gerathen, wie viel Wichtiges und Interessantes Ihnen bisher entgangen. Eines weiss ich, dass kein College, der die griechische Uebersetzung von Niemeyer durchblättert, verkennen kann, wie gewinnreich es für die Wissenschaft, die wissenschaftliche Onomatologie sein würde, wenn wir uns mit dem heutigen Griechisch ein wenig vertraut machen wollten.

Mit collegialem Gruss Ihr aufrichtig ergebener A. Rose.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber *Empyroform, ein trockenes, fast geruchloses Theerpräparat.* Jedem Practiker ist bekannt, dass der Theer — abgesehen von seiner Verwendung bei der Psoriasis, den pruriginösen Affectionen und Lichen-Formen — bei richtiger Anwendung eines der wichtigsten Mittel der Eczemtherapie darstellt. Aber ebenso bekannt ist, dass eben die „richtige Anwendung" oft eine sehr schwere Aufgabe ist, so dass der Theer sich als eine schwer zu handhabende und zweischneidige Waffe erweist. Zu den die Anwendung des Theers erschwerenden Eigenschaften gesellen sich als unwichtigere, aber in der Praxis doch bedeutsame Momente: die schwarze Farbe und der starke, Vielen sehr lästige und unangenehme Geruch. Seit Jahren war man daher bemüht, ein gutes Ersatzpräparat herzustellen, und ein solches scheint nunmehr in dem *Empyroform*, einem Condensationsproducte von Theer und Formaldehyd, gefunden zu sein. Dasselbe war bereits in den Jahren 1899 und 1900 von Prof. Nicolaier in Göttingen mit günstigem Erfolge bei einer Anzahl von Eczemkranken verwendet worden, und hat sich Sklarek der Mühe unterzogen, das Präparat in über 100 Fällen von Hauterkrankungen der verschiedensten Art auf der Neisser'schen Klinik weiter zu prüfen und hat sich bemüht, hierbei darauf zu achten, inwieweit das Empyroform dem Theer nahesteht, ob ihm

ähnliche Eigenschaften wie den anderen Präparaten zukommen, und ob es diesen gegenüber Vorzüge besitzt.

Das Empyroform stellt ein trockenes, nicht hygroscopisches, bräunliches Pulver von schwach eigenartigem Geruch dar, der nicht mehr an Theer erinnert. Beim Erhitzen spaltet es leicht Formaldehyd ab. Es ist in Wasser unlöslich, löst sich dagegen in Aceton und caustischen Alkalien und noch leichter in Chloroform. Durch seine Farbe und den schwachen Geruch besitzt das Empyroform schon gewisse Vorzüge vor dem Theer. Eine Empyroform-Zinkpaste ist grau, während eine entsprechend starke Theerzinkpaste schwarz ist. Besonders ist hervorzuheben, dass allen Kranken das geruchlose Präparat sympathischer war als der Theer.

Die Anwendung des Empyroforms in Pulverform, als pure Substanz oder mit Zink und Amylum gemischt, kommt fast ausschliesslich beim nässenden Eczem in Betracht. S. möchte aber diese Form der Anwendung des Empyroforms — ebenso wie die jeder anderen Puderbehandlung — beim nässenden Eczem nur empfehlen, wenn das Pulver mit Salbenlint bedeckt wird, weil sonst das Pulver mit dem Verbandmaterial und dem eintrocknenden Secret zu einer dicken Kruste verklebt, deren auch noch so vorsichtige Lösung beim Verbandwechsel immer wieder Läsionen setzt, welche den Heilungsprocess zum mindesten stören und in die Länge ziehen. Wird der Puder dagegen mit einem Salben-Fleck bedeckt, so ist seine Verwendung recht brauchbar. Entschieden empfehlenswerth und bequemer ist aber die Empyroform-Anwendung in einer Mischung mit Salbe oder Zinkpaste.

S. hat das Empyroform in Salbenform als 1—5—10—20% Empyroform-Vaseline, 10—20% Empyroform-Blei-Vaseline (Ung. Vaselin. plumbic. Kaposi) und 5—10—20% Empyroform-Zinkpaste und unter Elimination des Zinkes aus dieser als 25% Empyroformpaste (Empyrof. und Amyl. ana 25,0 mit Vaseline 50,0) verwandt.

Mit Vaseline zu gleichen Theilen giebt das Empyroform eine natürlich noch stärkere Mischung von pastenartiger Consistenz, also eine 50% Empyroformpaste. Bei solch hohen Concentrationen wird der Geruch des Mittels zwar deutlicher, aber nicht unangenehm. Auch in Form der sogenannten Trockenpinselungen ist das Empyroform in Folge seiner austrocknenden Eigenschaften recht brauchbar. Man kann es der gewöhnlichen Trockenpinselung (Zinc. oxydat., Talc. venet., Glycerin., Aq. destill. ana) in verschieden hoher Dosis zusetzen; dabei muss man aber berücksichtigen, dass diese Empyroform-Trockenpinselungen sehr schnell eintrocknen und somit eher unbrauchbar werden. Es empfiehlt sich daher, nicht zu grosse Quanten auf einmal zu verschreiben; also etwa:

Rp. Empyroform..... 15,0
Talc. venet.
Glycerin..... ana 10,0
Aq. dest. ..... 20,0 (oder
Spirit. vin. und Aq. destill.... ana 10,0)
M.D.S. Pinselung. Vor dem Gebrauch gut umzuschütteln.

Hier ist in analoger Weise wie in der Empyroformpaste das Zink ganz eliminirt. Besonders brauchbar sind die Pinselungen bei Individuen,

welche eine Idiosyncrasie gegen Fette haben. Andererseits wird man zu dieser Applicationsform nur in Fällen mit nicht zu starker Exsudation greifen können. Die wahre Domäne der Trockenpinselung ist das erythematöse Stadium des Eczems oder das Stadium, in dem schon eine gewisse Eintrocknung und Schuppung aufgetreten ist.

Ebenso gut wie in den Schüttelmischungen hat S. das neue Mittel als Firniss bezw. Tinctur verwenden können. In diesen Combinationen erscheint das Präparat allerdings schwarz, aber fast ganz geruchlos. Zuerst gebrauchte er es als Firniss, indem er sich eine Lösung von Empyroform in Chloroform im Verhältniss von 1:3 herstellen liess. Dieser Firniss war jedoch trotz nachherigen Einfettens zu spröde und blätterte zu leicht von der Haut ab. S. hat deshalb später eine Tinctur verwendet und damit therapeutisch ebenso gute, bezüglich des Festhaftens der Tinctur an der Haut bessere Resultate gehabt:

Rp. Empyroform..... 5,0—10,0
Chloroform.
Tinct. Benz. ana ad..... 50,0
M.D.S. Pinselung.

Den Empyroformfirniss und die Empyroformtinctur hat S. in den ersten Stadien des Eczems angewandt und besonders mit dem Firniss sehr gute Erfolge erzielt. Ob der günstige Erfolg allein auf die Rechnung des Empyroforms zu setzen ist oder auf den durch den Firniss erzeugten Abschluss von Luft und Feuchtigkeit von der erkrankten Hautpartie und einen gewissen Grad von Compression, will S. nicht entscheiden. Jedenfalls kann man den Firniss auch bei anderen vesiculösen Affectionen, z. B. Zoster-Eruptionen, mit Erfolg verwenden.

Im squamösen Stadium des Eczems kann man zur Beseitigung chronischer Infiltrationen die Pinselung der Empyroform-Tinctur in geeigneter Weise mit der Anwendung eines Salicylseifenpflasters (von Beiersdorf, 5—10%) verbinden, das nach geschehener Pinselung applicirt wird.

Entgegen der bekannten Scheu vor der Anwendung des Theers im nässenden Stadium des Eczems hat S. das neue Theerpräparat aber auch hierbei als 5—10% Empyroform-Zinkpaste und 10—20% Empyroform-Tinctur benutzt und es als sehr brauchbar befunden.

Reizwirkungen hat S. nur in der ersten Zeit, in der das Mittel nicht ganz feinpulverig, sondern mit grossen Körnchen untermischt, von der Fabrik zur Verfügung gestellt wurde, gesehen; seitdem aber das Empyroform ganz fein gepulvert geliefert wurde, wurden diese unangenehmen Nebenwirkungen — gleichgültig an welchen Körpertheilen das Präparat angewendet wurde — nicht beobachtet.

Intoxicationen (Fieber, Erbrechen, Uebelkeit, Diarrhoeen mit Entleerung schwarz gefärbter Massen, schmerz- und krampfhafte Entleerung dunkelgrünen oder schwarzgefärbten Urins) sind von S. nie beobachtet worden, obgleich das Empyroform bei den ausgebreitetsten Eczemen, in einem Falle sogar bei einem universellen Eczem des ganzen Körpers, ferner auch bei einem Nephritiker angewandt wurde.

Als ein ganz besonderer Vorzug des Empyroforms ist schliesslich noch hervorzuheben, dass es die Fähigkeit besitzt, auch Menschen, welche

Theer vorher nicht vertrugen, langsam an diesen zu gewöhnen. Der Abschluss einer idealen Eczemtherapie besteht nun einmal in einer Theerbehandlung; es ist also ein Vortheil, jetzt in dem Empyroform ein Mittel zur Hand zu haben, welches uns selbst in hartnäckigen Fällen, in denen der reine Theer nicht vertragen wird, in den Stand setzt, über diese Klippe hinwegzukommen. S. hat wiederholt in solchen Fällen das Empyroform benutzt und gutes gesehen: Patienten, welche Theer vorher nicht vertrugen, bei denen selbst die vorsichtigste Anwendung von Theer Reizungen, neue Eczemschübe hervorrief, haben sich durch Behandlung mit Empyroform an Theer gewöhnt, so dass später nicht nur Theer in Form einer schwachen Theer-Zinkpaste, sondern auch als Theertinctur gut vertragen wurde, wodurch das Eczem einer definitiven Heilung zugeführt wurde.

S. fasst die Vorzüge des Empyroforms, dessen günstige Wirkung wahrscheinlich der Combination des Theers mit Formaldehyd zuzuschreiben ist, in der Weise zusammen, dass er zunächst seine in hohem Grade juckstillenden und austrocknenden Eigenschaften betont. Ferner ist zu rühmen, dass das Präparat weder locale Reizungen noch Intoxicationen hervorruft, dass man mit dessen Hülfe Patienten langsam an Theer gewöhnen kann, selbst wenn dieser früher nicht vertragen wurde, und dass das neue Theerpräparat fast ganz geruchlos ist. (Therapie der Gegenwart, Juli 1903.)

Kleine Mittheilungen.

— Die bekannte Firma M. J. Breitenbach Company hat eine prächtig ausgestattete bacteriologische Wandtafel herstellen lassen und an die verschiedenen medicinischen Lehranstalten, Hospitäler und medicinischen Gesellschaften unentgeltlich versandt. Die auf Leinwand aufgezogene Tafel enthält die microscopischen Abbildungen von 60 verschiedenen pathogenen Microorganismen vorzüglich in Farben ausgeführt, und bildet ein schätzenswerthes Lehrmittel.

— *Verzogen*: Dr. J. A. Schmitt nach 132 Ost 73. Strasse.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, August 1903. No. 8.

ORIGINALARBEITEN.

Zur Behandlung einiger chronischer Gelenkleiden.*)

Von Prof. Dr. Max Schüller, Berlin.

Wir haben in den letzten Jahren zahlreiche Arbeiten über diejenigen chronischen Gelenkleiden erhalten, welche früher bald zur Gelenkgicht, bald zum chronischen Gelenkrheumatismus gerechnet wurden. Aber man kann wohl kaum behaupten, dass mit dem hieraus erkennbaren Interesse für diese Krankheiten in gleichem Maasse auch die Klarheit über dieselben zugenommen habe. Das dabei hervorgetretene Bedürfniss einiger Autoren, nur auf Grund subjectiver Auffassungen oder nur nach den eigenen, wenn auch noch so sorgfältigen clinischen Beobachtungen diese Gelenkkrankheiten zu gruppiren, ist ebensowenig geeignet, aus der herrschenden Verwirrung zu erlösen, wie die Neigung Anderer, sie nur nach bestimmten anatomischen Merkmalen zu scheiden. Weder das eine, noch das andere Verfahren kann es verhüten, dass Verschiedenes verbunden und Zusammengehöriges getrennt wird. Berechtigte Forderung der Wissenschaft ist es, das Bild eines Krankheitsprocesses nicht nur nach den clinischen Beobachtungen, sondern zugleich auch nach den pathologisch-anatomischen Veränderungen und nach den ätiologischen Momenten, soweit wir sie kennen, zu bestimmen. Erst aus der Zusammenfassung dieser drei wichtigsten Grundlagen entsteht es und lässt sich von anderen sicher unterscheiden. Die clinische Beobachtung

*) Aus „Die Med. Woche", 1903, No. 30.

und Erfahrung gewinnt gewissermaassen erst wissenschaftliche Form, wenn sie sich auf die pathologisch-anatomischen und ätiologischen Thatsachen stützt, ebenso die einfache anatomische Veränderung erst Leben und richtige Bedeutung, wenn sie sich mit jenen beiden durchdringt und in entsprechende Uebereinstimmung setzt.

Nach diesen leitenden Gesichtspunkten habe ich früher die Gelenkerkrankungen und speciell die Gelenkentzündungen[1]) eingetheilt. Es sind so verschiedene Krankheitsbilder gegeben worden, welche nicht nur theoretisch, sondern auch diagnostisch genügend scharf auseinander gehalten werden können. Niemand bezweifelt dies, um nur einige der wichtigeren chronischen Gelenkentzündungen zu nennen, für die tuberculösen, syphilitischen, neuropathischen Gelenkaffectionen, denn hier sind bei jeder andere pathologisch-anatomische Veränderungen, andere ätiologische Momente, andere locale und allgemeine Erscheinungen, andere locale Störungen, ein anderer clinischer Verlauf. Das Gleiche gilt für die Gelenkgicht, unter welcher man wohl allgemein jetzt nur diejenigen Gelenkaffectionen versteht, welche auf der Ausscheidung harnsaurer Salze im Gelenk und umgebenden Bindegewebe beruhen oder mit ihr verbunden sind.

Sehr viel weniger allgemeine Uebereinstimmung giebt es merkwürdiger Weise bei den übrigen, früher gewöhnlich zum „Gelenkrheumatismus" gerechneten chronischen Gelenkleiden. Ich unterscheide diese jetzt auf Grund der besonderen clinischen, pathologisch-anatomischen und ätiologischen Momente in folgende drei Hauptgruppen: 1. Die chronisch-rheumatische Gelenkentzündung, welche ich mit Bäumler nach seinen wohlbegründeten überzeugenden Darlegungen[2]) als die chronische Form des acuten Gelenkrheumatismus auffasse. Es sind das Formen einfacher chronischer Synovitis mit entsprechenden Erscheinungen, aber ohne die für die beiden folgenden Gruppen characteristischen Veränderungen. Eine gewisse Verwandtschaft haben damit, wie mit dem acuten Gelenkrheumatismus die acuten Formen, die chronischen gonorrhoischen Gelenkentzündungen, welche nach meinen Beobachtungen nicht selten sind. 2. Die Arthritis deformans. Dieselbe ist nach meinen Untersuchungen wesentlich eine durch Störungen des Kalkstoffwechsels bedingte Gelenkkrankheit, welche sich mir mit Virchow und Volkmann, aber

gegen Bäumler, besonders anatomisch characterisirt durch die, schliesslich deformirenden, Veränderungen an den Knorpeln und Knochen der Gelenkenden. 3. Die Zotten bildende Gelenkentzündung, Polyarthritis oder Synovitis chronica villosa. Diese ist characterisirt wesentlich durch die üppige Zottenwucherung der Synovialis ohne Veränderungen der Knorpel und Knochen, und bedingt durch die Einwirkung der von mir entdeckten hantelförmigen Bacillen.[3])

Hier wird nun von vielen anderen Autoren geradezu Alles durcheinander geworfen. Was den Einen chronischer Gelenkrheumatismus ist, ist den Anderen Arthritis deformans und umgekehrt. Die von mir als Polyarthritis oder Synovitis chronica villosa aufgestellte Krankheit wird von Anderen mit Arthritis deformans vermengt, von Einigen sogar mit („harnsaurer") Gicht, mit welcher sie absolut nichts zu thun hat. Abgesehen davon werden auch noch andere Bezeichnungen gelegentlich, überdies in verschiedener Bedeutung, wieder hervorgeholt, von denen man meint, sie seien längst der Vergessenheit anheimgefallen, wie z. B. die unglücklichen Bezeichnungen „Arthritis nodosa" oder „Arthritis pauperum" u. a. Diese sind nicht nur obsolet, sondern umfassen in Wirklichkeit, wie die genaue Untersuchung lehrt, Gelenkerkrankungen von wesentlich verschiedener ätiologischer und pathologisch-anatomischer Grundlage, sind deshalb am besten ganz aufgegeben, jedenfalls ebenso überflüssig wie wissenschaftlich incorrect. Auch die „Arthritis occulta", diese köstliche Schöpfung eines der neueren Autoren lässt man wohl am besten in das Dunkel zurückversinken, aus dem sie entstanden ist. Mit dem acuten Gelenkrheumatismus steht nach meiner wissenschaftlichen Ueberzeugung weder die Arthritis deformans, noch die Polyarthritis chronica villosa in directer ätiologischer Verbindung.

Die von mir aufgestellte Gruppirung ist nicht bloss ebenso streng wissenschaftlich begründet und berechnet, wie z. B. die Sonderung der tuberculösen und syphilitischen Gelenkleiden, sondern auch practisch möglich und geradezu nothwendig. Wir vermögen diese verschiedenen Gelenkerkrankungen auch bei der localen Untersuchung scharf von einander zu unterscheiden. Sie lassen sich unschwer durch die Diagnose erkennen und auseinanderhalten. Das ist aber keineswegs so unwesentlich oder gar

gleichgültig, wie Mancher glauben möchte. Thatsächlich vermag erst die genaue Diagnose der einzelnen Formen zu einer richtigen, den verschiedenen ätiologischen, pathologisch-anatomischen und clinischen Grundlagen entsprechend angepassten Behandlung zu führen, welche, wie überall, so auch hier die Vorbedingung zur Heilung ist, soweit eine solche möglich.

In Beziehung auf die Behandlung begnügt man sich freilich immer noch wesentlich mit der Anordnung von Einreibungen, von diätetischen Vorschriften, Bädern und Brunnen, oft ohne besondere Betonung einer Unterscheidung oder auch nur einer Modification nach den einzelnen Formen der Gelenkerkrankung. Alle diese Maassregeln können natürlich bei Allen von Nutzen sein und sind es ja auch wirklich in vielen Fällen, zumal bei den Anfängen dieser Gelenkkrankheiten; sie sind ja ganz unentbehrlich, das lehrt die tägliche Erfahrung. Indessen unterliegt es ebensowenig einem Zweifel, dass die Wirkung der diätetischen Mittel, der Bäder und Brunnen hierbei sehr ungleich ist, der Nutzen oft gering, nur vorübergehend ist, oder der günstige Erfolg ganz ausbleibt. Das erklärt sich zum Theil aus der ungenügenden Sonderung der Fälle, zum Theil aus der Art, sowie aus der Ausdehnung der gesetzten Veränderungen im Gelenke bei den verschiedenen Gelenkleiden, und tritt besonders zu Tage bei solchen Fällen, in welchen Arthritis deformans oder Polyarthritis chronica villosa in Frage kommt.

Nach meinen eigenen mehrjährigen Beobachtungen und Untersuchungen bin ich zuerst zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Arthritis deformans in der oben von mir characterisirten Form ausschliesslich durch Störungen des Kalkstoffwechsels bedingt wird unter dem Zusammentreffen eines Traumas oder einer anderen Gelegenheitsursache am Gelenk, und dass die Behandlung, abgesehen von Bädern und anderen localen Einwirkungen, zweckmässig in einem die vermehrte Aufnahme und Ausscheidung der Kalksalze in den Gelenken verhindernden Regime zu bestehen hat. Dieses kann durch bestimmte Ernährungsvorschriften und Brunnen, unter denen ich besonders Carlsbad empfahl, wie auch durch verschiedene, den Stoffwechsel erhöhende Badeeinwirkungen erreicht werden.

Auf die ächte Polyarthritis chronica villosa aber hat dieses Regime keinen Einfluss. Ebensowenig vermögen bei derselben

diätetische Curen, wie wir sie gegen ächte (harnsaure) Gicht von Nutzen gefunden haben, irgend welchen merkbaren Erfolg auf die Verminderung der Zotten, geschweige auf die Heilung des Leidens auszuüben. Derartige Curen sind hier nicht nur nutzlos, sondern zuweilen geradezu schädlich, da es bei vielen dieser Patienten mit hochgradiger Erkrankung an Polyarthritis chronica villosa im Gegentheil geboten ist, die gesunkenen Körperkräfte durch gutverdauliche, eiweissreiche Nahrung zu heben.

Schon hieraus ergiebt sich der Werth einer scharf unterscheidenden Diagnose. Diese im Einzelnen zu begründen oder auszuführen, kann ich wohl hier übergehen und auf meine früheren Arbeiten verweisen. Ich will nur bemerken, dass auch derjenige Arzt, der solche Fälle selten sieht und welchem vielleicht die Fertigkeit abgeht, durch die Betastung festzustellen, ob es sich um reine Zottenbildung der Synovialis handelt, wie bei der Polyarthritis chronica villosa, oder ob, wie bei Arthritis deformans, die knorpelbedeckten Gelenkflächen (an den Rändern) verändert sind, ein sehr gutes diagonstisches Unterstützungsmittel in der Röntgenaufnahme nach gutem Plattenverfahren hat.[4]) Bei der Polyarthritis chronica villosa, wie sie von mir characterisirt ist, wird man im Röntgenbild trotz der oft colossalen unförmlichen Umgestaltung des Gelenkes durch Zottenmassen immer die Gelenkenden frei, normal, im Gegensatz zu den nie fehlenden Veränderungen der Knorpelränder der Gelenkenden bei Arthritis deformans, finden. Einzige Ausnahme bilden die seltenen Fälle von zottenbildender Gelenkentzündung, bei welchen dieser Erkrankung, wie ich es zuweilen auch im Gelenke bei der Operation und bei der anatomischen Untersuchung constatiren konnte, Gelenksyphilis — es kann auch hereditäre Syphilis sein — voranging. Dann kann man den früher vorhanden gewesenen, wieder ausgeheilten Knorpelulcerationen und Gummibildungen entsprechende Unebenheiten und tiefe Defecte an den Knorpelrändern finden, welche übrigens doch auch von den Veränderungen und Deformirungen bei Arthritis deformans wesentlich abweichen. Die Polyarthritis villosa ankylopoetica dagegen giebt ganz andere Röntgenbilder als die Arthritis deformans.

Wer die von mir beschriebene zottenbildende Gelenkentzündung in ihren characteristischen Formen stärkerer Ausbildung zu behandeln hat, wird auch die von mir schon vor Jahren betonte

Unzulänglichkeit der ausschliesslichen Bäderbehandlung bestätigen. So wirksam bei Anfangsformen besonders solche Bäder und Badeformen sind, welche die Abschwellung der chronisch entzündlich verdickten Synovialis, den Rückgang und die Resorption der hyperplastischen Zottenwucherung, die Kräftigung der das Gelenk umgebenden Musculatur zu begünstigen vermögen, während zugleich der Allgemeinzustand gekräftigt, die Ernährung gehoben und den Lungen reine Luft zugeführt wird, — so wenig können sie ändern bei einigermaassen längerer Dauer und stärkerer Entwickelung des Leidens. Solche Patienten können wohl, so lange sie baden, sich besser fühlen und haben auch durch den ihnen gebotenen Aufenthalt in besserer Luft Nutzen, aber das Gelenkleiden wird nur wenig, vorübergehend oder gar nicht beeinflusst. Es bleibt stehen oder nimmt trotz der regelmässig wiederholten Curen unaufhaltsam zu. Die Gründe dazu liegen, wie ich schon wiederholt dargelegt habe, in dem Wesen der Krankheit und ihrer Ursachen. Hier kann nun aber noch eine direct gegen den Process gerichtete chirurgische Behandlung, verbunden mit einer Art Allgemeinbehandlung, Aufhalt, Besserung oder Heilung schaffen, wie ich wohl auf Grund einer vieljährigen, ziemlich umfangreichen Erfahrung sagen darf.

Es handelt sich dabei zunächst um die Aufgabe, die massenhafte Zottenbildung der Gelenke zu beseitigen und die Gebrauchsfähigkeit der Gelenke, sowie die Beweglichkeit derjenigen wieder herzustellen, welche durch die schrumpfende Form dieses Gelenkprocesses („A. ankylopoetica") fixirt worden sind. Dies kann erreicht werden durch die Operationen und durch Injectionen, wie sie von mir zuerst angegeben und seit Jahren ausgeführt worden sind.

Unter den Fällen mit massenhafter Zottenbildung grosser Gelenke, auf welche sich wesentlich die folgenden Bemerkungen beziehen, eignen sich am besten für die Operation diejenigen, welche sehr voluminös sind, während gleichwohl die das Gelenk bewegenden Muskeln noch gut functioniren. Jugendlich kräftige Patienten und solche, welche hinlängliche Energie voraussetzen lassen, welche auch seitens des Patienten nothwendig ist, um nach der Operation thunlichst früh Uebungen zur Wiederherstellung der Beweglichkeit auszuführen, verdienen bei der Auswahl den Vorzug. Ich verfüge unter 220 Patienten mit die-

sem Gelenkleiden über 22 derartige, meist an grösseren Gelenken ausgeführte Operationen, 16 allein an Kniegelenken (1 bei einem Kinde unter 7 Pat. von 4—15 Jahren).

Ich eröffne das Gelenk — unter Erhaltung des Bandapparates — gewöhnlich durch über resp. dicht neben den Seitenbändern verlaufende Längsschnitte, schneide die Zottenmassen mit Messer und Scheere aus, wobei besonders auch die Lieblingssitze der Zottenmassen zwischen den Bändern und den Knochen- resp. Knorpelflächen und in den verschiedenen Buchten (Recessus) der Gelenke genau beachtet werden müssen, auf welche ich früher hingewiesen habe. Dagegen ist es keineswegs erforderlich, die ganze Synovialis zu exstirpiren. Nachher folgt eine Sublimatspülung, dann, wenn möglich, eine sorgfältige Auswischung der Flächen des Gelenkraumes und seiner Buchten mit der von mir angegebenen Guajacol-Jodoform-Glycerin-Emulsion, sonst sofort dichte Schliessung der Wunden durch mehrfache, schichtenweise übereinander gelegte Nähte (innen Catgut, aussen Seide); sodann Füllung des ganzen, jetzt wieder geschlossenen Gelenkraumes mit der eben genannten Emulsion mittelst Spritze, keine Drainage, ein einfacher aseptischer Mull-Watteverband, darüber ein fester Wasserglasverband. Letzterer wird spätestens nach 10—12 Tagen definitiv entfernt, dann sofort mit leichten Bewegungen begonnen, während die Wunden nur noch mit einem einfachen Watteverband oder mit Jodoformcollodium-Gaze bedeckt sind. Es ist besonders auch am Knie wichtig, nicht länger mit dem Beginn der Bewegungen zu warten. Ueberall, wo das, wie in meinen 3—4 zuerst operirten Fällen, geschah, liess die Beweglichkeit mehr oder weniger zu wünschen übrig, wenngleich trotzdem die Gehfähigkeit gegen früher befriedigte. Je früher ich aber nach der Operation mit den Bewegungen anfangen liess, um so geringer waren die Schwierigkeiten für den Patienten wie für den Arzt, und um so besser auch der Erfolg. Dies setzt natürlich voraus, dass Heilung per primam eintritt, wie in allen meinen Fällen geschah. Die Entfernung der äusseren Nähte geschah am 7.—10. Tag.

Diese Operation wird vielfach vom Patienten, wie auch von den Aerzten, in der Schwere des Eingriffes weit überschätzt. Thatsächlich sind aber die den Patienten auferlegten Beschwerden doch nur relativ gering. Ich habe mit Ausnahme eines Fal-

les, bei dem eine besondere, gar nicht mit dem Gelenkleiden zusammenhängende Complication vorlag, niemals Fieber nach der Operation eintreten sehen. Gewöhnlich ist nur der erste Tag, vielleicht auch noch der zweite Tag, mit Schmerzen verbunden. Weiterhin war der Verlauf stets fieberlos und schmerzfrei. Auch die Bewegungen machten um so weniger Schmerzen, je früher sie begonnen wurden. Früher als am 10. Tage wurde nur einmal ein operirtes Knie bewegt, nämlich am achten Tage; hier war vielleicht in Folge der Zerrung der Naht später noch eine geringfügige Secretion des einen Stichcanals zu bemerken, der Erfolg aber betreffs der Beweglichkeit vortrefflich. Alle nach diesen Grundsätzen operirten und behandelten Fälle haben gute Beweglichkeit, zum Theil ganz vorzügliche Gebrauchs- und Leistungsfähigkeit ihrer Gelenke erhalten. So konnte z. B. ein 37-jähriger Herr, welcher am Knie in dieser Weise operirt worden war, genau 5 Wochen nach der Operation ohne jeden Stützapparat, mit fast normal beweglichem Gelenk, Treppen auf- und abwärts steigen. Eine vor einigen Jahren an beiden Knieen von mir operirte, damals 25jährige Dame hat seitdem wiederholt Gebirgstouren gemacht. Von Recidiven ist mir nur ein Fall am Knie bekannt. Ich habe den Patienten, bei welchem nachträglich noch andere Gelenke in gleicher Weise erkrankt sein sollen, nicht selber wieder sehen und untersuchen können. Alle übrigen von mir operirten Gelenke sind, soweit ich es weiss, frei von Recidiven und meist auch von Schmerzen geblieben.

Ueber die Operationen bei den wirklichen Ankylosen[5]) will ich mich hier nicht auslassen, da dieselben nur in der Resection bestehen, welche ich bei diesem Gelenkleiden nur zweimal am Handgelenk auszuführen hatte, und zwar mit gutem Erfolg. Im Ganzen wird man hierzu seltener in die Lage kommen, als es scheinen könnte, weil mit den vollkommenen knöchernen Ankylosen regelmässig eine so beträchtliche Atrophie der Musculatur verbunden ist, dass dann operative Eingriffe nur die Correctur der Gelenkstellung zum Zweck haben können. Ausserdem sind aber zum Glück absolute knöcherne Ankylosen bei der Polyarthritis chron. villosa ankylopoetica viel seltener, als man annimmt. Manche Ankylose ist hier thatsächlich wesentlich bedingt durch die Schrumpfung der vorher mit Zotten besetzten, chronisch entzündlich erkrankten Synovialis; und auch wenn hier-

durch ein Theil des Gelenks „verwachsen" erscheint, findet sich fast regelmässig daneben in einem anderen Theile ein „Restraum" der Synovialhöhle noch mit Zotten besetzt vor. Ich habe auf diese characteristische Eigenthümlichkeit der Gelenkversteifung bei dieser Form der chronischen zottenbildenden Synovitis schon vor 16 Jahren hingewiesen. Hier treten nun nach meinen Erfahrungen die von mir zuerst eingeführten, gleich näher zu beschreibenden Gelenkinjectionen in eine sehr wirksame Concurrenz mit der Operation.

Diese Gelenkinjectionen meiner Guajacol-Jodoform-Glycerin-Emulsion (1:5[7,5]:100) gaben mir zuerst eben bei der erwähnten Form der Polyarthritis chronica villosa ankylopoetica Erfolge, welche geradezu überraschend erschienen. Die hierdurch bedingte Gelenksteifigkeit kommt bekanntlich am häufigsten an den Gelenken der oberen Extremität zur Beobachtung. Sie macht hier sehr oft, auch an den grösseren Gelenken, den Eindruck vollkommener Ankylose, resp. passiver wie activer Unbeweglichkeit. Ich habe aber wiederholt — natürlich unter strengster Ascpsis, s. u. — durch eine oder wenige Injectionen solche Gelenke, Schultergelenk wie Handgelenk, besonders oft aber Ellenbogengelenke, auch wenn sie im ungünstigsten Winkel oder fast gestreckt fixirt und bei der geringsten Berührung äusserst schmerzhaft waren, wieder beweglich werden sehen. Auch die grosse Schmerzhaftigkeit derartig fixirter Gelenke verliert sich am schnellsten durch diese Gelenkinjectionen. Hierfür genügt häufig eine einzige richtig gesetzte Einspritzung. Ich halte nach allen meinen, doch recht zahlreichen Beobachtungen auch jetzt noch diese Fälle für die dankbarsten Objecte meiner Injectionsbehandlung. Die häufige Wiederherstellung der Beweglichkeit solcher Gelenke nach der Injection spricht indirect auch für den entzündlichen Character des Schrumpfungsprocesses. Die injicirten Substanzen bringen die chronische Entzündung und Zottenbildung und damit auch die Schrumpfung der Synovialis zur Rückbildung, wie ich wiederholt direct verfolgen konnte. Ich suche bei diesen Fällen den oder die Resträume der Synovialhöhle auf, in denen regelmässig noch Zotten nachzuweisen sind, spritze hier ein, sowie in die Capselwand selber, und suche dann durch passive Bewegungen die Flüssigkeit möglichst auch zwischen die Spalten der dicht auf einander liegenden Gelenkenden

zu bringen. Gelingt das nicht gleich beim ersten Male, ist eine Bewegung überhaupt noch nicht möglich, so gelingt es meistens nach wenigen Tagen oder bei der zweiten Injection. Wie schon bemerkt, genügte in manchen Fällen eine einzige Injection, um die Bewegungen wieder herzustellen oder doch wieder einzuleiten. Die erforderliche Menge der Injectionsflüssigkeit richtet sich nicht nur nach der Grösse resp. Kleinheit des vorhandenen Raumes, sondern auch danach, wieviel in das Gewebe der Capsel selber eingespritzt wird. Sie schwankt hier meist zwischen einem und fünf Gramm.

Da ich hier das Zurückgehen der fühlbaren Zotten (in den Resträumen) unter dem Einfluss der Injection direct nachweisen konnte, so ging ich sehr bald dazu über, auch die immer viel zahlreicher vorhandenen Gelenke mit den entzündlich hyperplasirten grossen Zottenmassen mit diesen Injectionen zu behandeln. Ich kann nach meinen sich über eine Reihe von Jahren erstreckenden Beobachtungen an zahlreichen mit diesen Injectionen behandelten Patienten sagen, dass auch hier die Erfolge sehr gute sein können.

Nothwendige Vorbedingung ist, dass die Injectionen richtig und in reichlicherer Menge erfolgen, öfter, in nicht zu grossen Zwischenräumen und genügend lange wiederholt werden können. Vor jeder Injection wird das oder die zu injicirenden Gelenke und deren Umgebung auf das sorgfältigste wiederholt mit Seife gewaschen und mit Alcohol und Sublimatlösung desinficirt, die Spritze und die Stichcanülen, ebenso wie die Emulsion in einem Glase mit weiter Oeffnung und Glasstöpsel in meinem Dampfsterilisator bei 107° C. sterilisirt. Mein Sterilisationsapparat und die Form meiner Stichcanülen ist abgebildet in meiner Arbeit „über Ausführung der Guajacol-Jodoforminjectionen" etc. (Frankfurt a. M., Johannes Alt 1893). Ausnahmsweise schicke ich der Injection eine Sublimatspülung des Gelenkes voraus. Bei grösseren Gelenken injicire ich an verschiedenen Stellen des Gelenks, stets theils in die Zottenmassen selber oder in die von ihnen ausgefüllten Buchten, theils auch in die geschwollene Synovialis. Wenn nöthig, so injicire ich gleich — aber mit anderen Canülen — noch ein anderes Gelenk, nur ausnahmsweise drei. Es geschieht das nicht, ohne dass zuvor der Patient durch eine Injection auf seine Leistungsfähigkeit, resp. auf sein Verhalten gegen

die Injection geprüft wurde. Mehr wie 20—25 Gr. der Emulsion pflege ich in der Regel bei Erwachsenen in einer Sitzung nicht zu verwenden. Hernach folgt ein exacter aseptischer Verband. Ich lasse den Patienten ruhige Lage innehalten für einige Tage und empfehle während derselben gewöhnlich ein die Diurese anregendes Getränk, um die etwaige Ausscheidung des Guajacols und Jodoforms durch die Nieren zu unterstützen. Nach spätestens 12 Tagen sollten stets die Injectionen im selben Gelenke wiederholt werden. Längere Zwischenräume verzögern oder hindern den Erfolg der Rückbildung der Zottenmassen, frühere Injectionen sind unnöthig. Sind aber auch noch Gelenke der anderen Körperhälfte zu injiciren, so geschieht das, wenn es irgend möglich ist, 6—7 Tage nach der ersten, so dass auch dann dieselben Gelenke in einem regelmässigen Wechsel von 12 Tagen von Neuem injicirt werden. Die Zahl der nöthigen Injectionen ist natürlich sehr verschieden; das lässt sich nur nach den jeweiligen Verhältnissen bestimmen. Oefter habe ich selbst am Knie grosse Zottenmassen erst weicher werden, schliesslich verschwinden sehen schon nach drei Injectionssitzungen. Stets wurde freie Beweglichkeit der Gelenke erzielt und meist volle Gebrauchsfähigkeit. Die Dauererfolge hängen natürlich von der Art der Ausführung ab. Sie sind, wenn alles in regelrechter Weise durchgeführt wird oder werden kann, im Allgemeinen sehr günstige, erstrecken sich bei vielen meiner Patienten über mehrere Jahre. Bei einigen kamen später wieder Recidive. Die zahlreichen Injectionen — es sind, nach 86 fast nur grösseren Gelenken gezählt, etwa 210[6]) —, welche ich selber bei diesem Leiden ausgeführt habe, haben niemals irgend eine ungünstige Folge gehabt. Nur ganz ausnahmsweise wurde eine meist geringe Temperatursteigerung am ersten Tage nach der Injection, in weitaus den meisten Fällen überhaupt keine bemerkt. Die Injection selber wird an sich in der Regel nicht sehr schmerzhaft empfunden, so dass sie thatsächlich meist ohne Narcose ausgeführt werden konnte. Die Schleich'sche Infiltration halte ich hier nicht für zweckmässig, weil sie das genaue Sehen hindert. Die locale Aether-Anästhesie ist aber, wie ich mehrfach constatiren konnte, bei diesen Gelenkinjectionen meist zweeklos und nutzlos, weil sie nicht die Schmerzempfindung im Gelenke selber zu verhindern vermag. Oefter tritt am Nachmittag oder

Abend nach der Injection geringe Anschwellung (Einwirkung des Guajacols) und wohl in Folge davon auch etwas Schmerz ein. Doch zwang derselbe nur bei sehr empfindlichen Damen, zu einer Morphiuminjection Zuflucht zu nehmen; er war auch regelmässig bei den folgenden Injectionen immer geringer.

Bei allen diesen Patienten habe ich in den letzten Jahren innerlich noch mehrere Monate Guajacol oder Thiocol gebrauchen lassen, um womöglich auf die gewöhnlich noch mehr oder weniger zahlreich erkrankten kleineren Gelenke einwirken zu können, wofür ich auch locale Einreibungen mit Guajacol in Oel gebrauchen lasse. Diese mehrfache Verwendung des Guajacols darf nicht den Glauben aufkommen lassen, dass doch vielleicht dieser zottenbildende Gelenkprocess im Zusammenhang mit Tuberculose stehen könnte. Das ist gewiss nicht der Fall! Ich habe in allen Fällen, welche ich operirte, das Gewebe und bei ausserordentlich zahlreichen anderen Patienten mit dieser zottenbildenden Gelenkentzündung, welche ich injicirte, die vor der Injection entnommene Gelenkflüssigkeit auf Tuberkelbacillen untersucht, aber solche niemals gefunden; stets konnten dagegen die von mir 1892 zuerst entdeckten und cultivirten hantelförmigen Bacillen nachgewiesen werden, mit deren Culturen ich bei Kaninchen genau die gleiche zottenbildende chronische Synovitis erzeugen konnte. (S. Abbild. auf den Tafeln I—IV in den Verhandlungen des 15. Congr. für inn. Med. 1897.)

Ich glaube, dass mit dieser meiner Behandlung, welche übrigens in der weiteren Nachbehandlung sehr gut durch Massage, Electricität, auch durch entsprechende Bäder zweckmässig unterstützt und vervollständigt werden kann, noch manchem dieser Patienten Besserung und selbst Heilung gebracht werden kann.

---

[1]) M. Schüller, Die Pathologie und Therapie der Gelenkentzündungen, 1887.

[2]) Chr. Bäumler, Der chronische Gelenkrheumatismus und seine Behandlung. Sonderabdr. aus den Verhandl. des 15. Congr. f. inn. Med. 1897, S. 8.

[3]) M. Schüller, Polyarthritis chronica villosa und Arthritis deformans, Berlin, Hirschwald, 1900. S. a. vorher v. Langenbeck Arch., Bd. 45. — Verh. des 15. Congr. f. inn. Medicin, Berlin, 1897. — Berl. klin. Wochenschrift, 1893, No. 36.

[4]) Die directe Aufnahme auf Papier gab mir hierfür nicht genügend scharfe Bilder.

[5]) Ich beziehe mich hier auf die Ankylosen in Folge der Polyarthritis chron. villosa ankylopoetica. Aehnliche Ankylosen kommen bekanntlich auch, und vielleicht noch häufiger, nach anderen infectiösen, besonders nach gonorrhoischen, septischen und anderen Processen, sowie auch gelegentlich nach dem acuten Gelenkrheumatismus vor.

[6]) Dabei sind die mehrfachen Injectionen an einem Gelenk in derselben Sitzung immer nur als eine gerechnet.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

V. Kirsch: *Zur specifischen Heilwirkung des Creosotals bei Pneumonie*

Das Jahr 1902 war durch die ungemein zahlreichen Fälle croupöser Lungenentzündung in der Umgebung des Verf. ausgezeichnet. Verf. war so glücklich, von allen behandelten Fällen keinen einzigen Kranken zu verlieren, trotzdem dieselben meist Pfründner des Hospitals, alte, abgezehrte, sieche Leute, im Alter zwischen 60 und 78 Jahren waren. Wenn man bedenkt, dass der Pariser Arzt Grisolle in seinem Buche S. 517 sagt: „Jenseits des 60. Lebensjahres stirbt ungefähr die Hälfte der Pneumoniekranken in Paris", so muss man über den Erfolg äusserst erfreut sein, zumal auch die Statistik bisher mehr als 50 Proc. Todesfälle ergeben hat. Wenn Verf. in diesem besonders starken Pneumoniejahre nicht einen einzigen Pneumoniekranken verloren hat, verdankt er dies ausschliesslich der Creosotalbehandlung nach Cassoute. Diese Behandlung ist zwar keine neue, aber noch wenig bekannt und noch weniger geübt. Bei der Creosotbehandlung, mit der möglichst zeitig eingesetzt werde, erreicht man schon in längstens 36 Stunden eine Entfieberung, die mit Lösung der Pneumonie einhergeht. Die Kräfte des Kranken bleiben bei der Creosotalbehandlung im Gegensatz zu der früheren Erschöpfung aufrecht. Nur in einem einzigen Falle sah Verf. das Herz durch die Krankheit ein wenig beeinflusst wie bei der früheren Behandlung. Die angewendeten Mittel (Camphor) beugten der Gefahr vor und K. war in etlichen Stunden wieder mit dem Verlaufe zufrieden. Das Creosotal wurde von den Kranken gern eingenommen. Verf. verordnete:

Rp. Creosotal..... 10,0 g
Cognac ..... 20,0 g
Sirup. althaeae..... 60,0 g

S.: Gut umgeschüttelt auf viermal in 24 Stunden entweder rein oder mit Milch zu nehmen.

K. empfiehlt das Creosotal für die Behandlung der Pneumonie wegen des kurzen Krankheitsverlaufs, der Gefahrlosigkeit und der Billigkeit des Mittels, die besonders für die Spitalbehandlung ins Gewicht fällt.

Er machte auch Versuche mit Creosotal bei allen catarrhalischen Infectionen der Luftwege und muss entschieden zugeben, dass er überall überraschend günstige Resultate erzielte. Bei Kindern bis zu einem Jahr wandte er je nach der Höhe des Fiebers 0,5 bis 1 g an,

von 1— 4 Jahren 1— 3 g
von 4— 6 Jahren 3— 4 g
von 6—10 Jahren 4— 5 g
bei Erwachsenen 10 g

auf viermal in 24 Stunden genommen.

Bei catarrhalischen Infectionen erreichte Verf. bei Erwachsenen auch schon mit nur 2 g pro Tag erfreuliche Resultate. Selbst bei Keuchhusten bewährte sich das Mittel ausgezeichnet. (Aus dem Berichte des Graf Spork-Hospitals zu Kukus in Böhmen über das Jahr 1902, ref. in Med. Neuigkeiten 1903, No. 11.)

Plavec (Prag): *Die Therapie der acuten Phosphorvergiftung.*

Für die beste Behandlung der acuten Phosphorvergiftung hält Verf. die folgende Methode: Ausspülung des Magens mit warmem Wasser bis vollkommen klare Flüssigkeit abfliesst; darauf etwa 20 Liter 0,2proc. Kalihypermanganlösung. Dann wieder warmes Wasser, bis es ungefärbt abfliesst. Manchmal, wenn der Magen mit grösseren Speiseresten gefüllt ist und die Ausspülung stockt, ist die Verordnung von Cupr. sulfur. als vorläufigen Mittels nöthig. Nach beendigter Ausspülung ist es rathsam, sobald als möglich ein Abführmittel (Inf. Sennae) zu reichen. Die Wirkung des Abführmittels kann und muss manchmal durch Verabreichung einer hohen Irrigation unterstützt werden. Riecht der Stuhl nach Phosphor, dann kann das Clysma mit 0,1proc. Kali hypermangan. wiederholt werden. Im weiteren Verlaufe wird Natr. bicarb. und, stellt sich Appetit ein, viel Eiweissnahrung verabreicht. Bei Collaps und Herzschwäche Excitantien (Kaffee, Cognac, Campfer, Aether, Valeriana u. a.) Ist eine Magenausspülung in nächster Zeit aus irgend welchen Gründen unmöglich, so wird wiederholt eine Lösung von Cuprum sulfur. gegeben oder auf eine andere Art Erbrechen hervorgerufen, später wiederholt Inf. Sennae oder wenigstens Bittersalz gereicht. Bei älteren Vergiftungen (vier bis fünf Tage) muss der Magen nicht mehr ausgespült werden, sondern sind Abführmittel und Clystiere am Platze. Innerlich kann am ersten

Tage in frischen und älteren Fällen, besonders dort, wo der Magen nicht ausgespült wurde, oder werden konnte, eine stärkere Lösung von Kali hypermang. (0,2:200 Wasser) jede zweite Stunde zwei Löffel gegeben werden. (Casopis ceskych lékaru, 1903, Nr. 1—4. Deutsche Praxis, 1903, No. 8.)

Behm: *Ueber Hyperemesis gravidarum.*

B. hatte in einem Falle von Pyämie im Wochenbett, die bereits fünf Wochen bestand, durch Darmeingiessungen von 4—5 Liter Kochsalzlösung täglich Besserung erzielt und wandte nun die Kochsalzclystiere bei einer Erstschwangeren mit Hyperemesis im dritten Monat der Schwangerschaft an. Die Patientin hatte in drei Wochen 25 Pfund abgenommen, der Puls war 120 und künstlicher Abort von anderer Seite vorgeschlagen, da die übrigen Mittel sich als unwirksam erwiesen. B. machte nun die Kochsalzeingiessungen; am ersten Tage bereits hörte das Erbrechen auf, nach 14 Tagen wurden die Eingiessungen ausgesetzt, worauf Schleimerbrechen eintrat, so dass die Eingiessungen bis zum Ende des fünften Monats fortgesetzt wurden. Alsdann sistirte das Brechen völlig. Ebenso hatten die Kochsalzeingiessungen bei einer zweiten Patientin mit unstillbarem Erbrechen Erfolg, nachdem die Patientin in 14 Tagen zehn Pfund abgenommen hatte. Vier andere Patientinnen, die weniger schwer erkrankt waren, wurden durch die gleiche Therapie geheilt. Als Ursache für das Erbrechen der Schwangeren giebt Kaltenbach Hysterie an, doch hat B. in seinen Fällen keine Hysterie nachweisen können, ebensowenig wie dies Pick gekonnt hat. Olshausen und vor allem Ahlfeldt erklären das Erbrechen als Reflexneurose. B. kommt nun, und zwar besonders ex juvantibus, zu folgender Erklärung der Hyperemesis. Bei der prompten Wirkung seiner Kochsalzeingiessungen nimmt er an, dass die schädliche Ursache im Blute vorhanden sei und dass sie bei der vermehrten Excretion mit dem Harne mit ausgeschieden werde. Auf Grund der neueren Untersuchungen über Zottentransport macht er die ins Blut gelangenden Syncytiumzellen für die Hyperemesis verantwortlich; es handelt sich also um eine syncytiale Intoxication. Die Verschleppung der Zotten beginnt schon sehr früh, am zehnten bis zwölften Tage der Eiansiedlung, und dauert bis zum fünften Monat, während welcher Zeit die Placenta sich weiter entwickelt und die Hyperemesis besonders auftritt. Bei Mehrgebärenden bestehe gegen diese Intoxication eine gewisse Immunität. Andere accidentelle Ursachen, wie Leberabscess, Peritonitis, Hirntumor, kommen natürlich auch vor. B. definirt die Hyperemesis gravidarum als Intoxication von der Eiperipherie aus, höchstwahrscheinlich syncytialer Natur; beweisen lassen wird sich das letztere vielleicht durch das für menschliche Placenta specifische Serum von Liepmann in

Halle. Die Behandlung der Hyperemesis besteht in Bettruhe, auf Eis gekühlte Milch event. Nährclystiere und Eingiessungen von 3—4 Litern 0,6proc. Kochsalzlösung. Versagt diese Therapie, ist der Puls dauernd über 100, nimmt das Gewicht stark ab, dann ist der künstliche Abort angezeigt.

Die Kochsalzeingiessungen von 4—6 Liter pro die sollen unter niedrigem Druck, jedesmal ein Liter, erfolgen. (Ibidem No. 7.)

Stölting (Hannover): *Folgen einer Chininvergiftung am Auge.*

Bei einem 17jährigen Manne entwickelte sich im Anschluss an Influenza und Lungenentzündung, wobei Patient eine Zeit lang täglich 3,0 Chinin einnahm, eine erhebliche Herabsetzung der Sehschärfe und hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung auf beiden Augen. Die Papillen waren abgeblasst, die Gefässe eng, die Pupillen ungleich und unregelmässig. Später konnte Verf. noch eine beiderseitige Atrophie der Iris constatiren, wie bei Albinos, so dass das Balkenwerk der Iris durchleuchtbar war; auch trat Hemeralopie auf. Alle diese Erscheinungen führt Verf. auf Ischämie in Folge der durch das Chinin verursachten Gefässanomalie zurück; ob letztere durch Sinken des Blutdruckes oder durch Contraction der Gefässmusculatur in Folge von Reizung durch den abnormen Inhalt bedingt ist, bleibt zweifelhaft. (A. v. Gräfes Archiv f. Ophthalmologie, Bd. 55, Heft 1.)

A. Vossius (Giessen): *Ueber die hemianopische Pupillenstarre.*

Da die Ansichten über das Verhalten der Pupillenreaction bei Hemianopsie und über ihren differential-diagnostischen Werth bei Erkrankungen des Tractus opticus und der cerebralen Sehbahnen bisher noch auseinandergehen, ist die Mittheilung des vom Verf. beobachteten Falles sehr interessant.

Ein 19jähriger Patient erlitt durch einen Fall von einem 6 m hohen Gerüst eine Schädelbasisfractur mit Bewusstlosigkeit, Blutungen aus Nase, Ohren und Mund. Das linke Auge erblindete in Folge Opticusatrophie, zeigte aber bei Belichtung des rechten Auges prompte consensuelle Pupillarreaction. Am rechten Auge bestand temporale Hemianopsie und deutliche hemianopische Pupillenreaction; bei Belichtung der amaurotischen inneren Netzhauthälfte des rechten Auges mit einer Convexlinse, während die Lampe sich rechts schräge vor dem Patienten befand, sowie bei Belichtung mit einem Concavspiegel und mit dem Kempner'schen Apparat blieb die rechte Pupille reactionslos und die consensuelle Pupillenreaction am linken Auge blieb aus.

Wurde das Centrum oder die äussere sehende Netzhauthälfte beleuchtet, so erfolgte auf beiden Augen prompte Reaction der Pupillen.

Verf. hält durch diese Beobachtung das Vorkommen der hemianopischen Pupillenreaction, wie sie Wernicke erklärt, für sicher bewiesen. Nach Wernickes Auffassung richtet sich das Verhalten der Pupillarreaction bei Gehirnerkrankungen mit Hemianopsie nach dem Sitz der Affection; bei Herden im Tractus vor dem Kniehöcker fällt die Reaction bei Belichtung der blinden Netzhauthälften aus, während bei cerebraler Hemianopsie in Folge von Erkrankungen zwischen Kniehöcker und Sehcentrum in der Occipitalrinde die hemianopische Pupillenstarre, wie sie Leyden bezeichnet, fehlt. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, IV. Bd., Heft 3.)

C. Schloesser (München): *Die für die Praxis beste Art der Gesichtsfelduntersuchung, ihre hauptsächlichsten Resultate und Aufgaben.*

Verfasser bespricht zunächst eingehend die Untersuchungsmethode des Perimetrirens (rasche Aufnahme des Gesichtsfeldes, Anwendung der Marx'schen Tusche), empfiehlt warm das binoculare Perimetriren, welches zuerst vor zehn Jahren von Hirschberger angegeben ist, als das zweckmässigste Verfahren, und zwar zuerst mit blauer und rother Marke, und räth, nur im Bedarfsfalle die Untersuchung mit Weiss und den anderen Farben noch anzuschliessen. Die Vortheile der binocularen Methode liegen im bequemeren Fixiren des Fixationspunktes und vor allem darin, dass centrale Scotome rasch und genau bestimmbar sind (vor das nicht untersuchte Auge kommt ein farbiges Glas in der Complementärfarbe).

Nach ausführlicher Schilderung des normalen Gesichtsfeldes wendet sich Verfasser zum Verhalten des pathologischen. Bei Chorioidealerkrankungen ist bei Perimetriren mit Blau ein besonders feines Reagiren zu finden, indem die Aussengrenzen für Blau enger als für Roth sind, was wohl mit der Herabsetzung des Lichtsinnes zusammenhängt. Bei Herderkrankungen der Retina findet man in der Regel grössere Roth- als Blau-Scotome, während bei Herderkrankungen der Choroidea das Blau-Scotom grösser und intensiver ist als das Roth-Scotom.

Des weiteren erörtert Verf. die Gesichtsfeldveränderungen bei Störungen in der Leitung und im Centrum (Stauungspapille, Papilloretinitis, Neuritis retrobulbaris, Opticusatrophie, Chiasma- und Tractuserkrankung etc.). Wichtig ist die Beeinflussung des Gesichtsfeldes durch den Gesammtzustand des Untersuchten, Ermüdung etc.

Für Hysterie characteristisch ist das besonders schlechte Erkennen von Blau und die grösseren Einengungen des blauen Gesichtsfeldes. Bei functionellen Neurosen ist Förster's Verschiebungstypus, den Wilbrand als Ermüdungstypus auffasst, beobachtet, d. h. die Erscheinung, dass bei der Prüfung vom Centrum nach der Peripherie das Gesichtsfeld kleiner als bei umgekehrter Prüfung ist. Das oscillirende Gesichtsfeld, bei welchem sich im Verein mit starker Ermüdbarkeit und rasch zunehmender Einschränkunk der Aussengrenzen des Gesichtsfeldes multiple Scotome finden, die nicht bestehen bleiben, sondern Ort und Grösse wechseln, ist pathognomisch für cerebrale luetische Processe. Zum Schluss schildert Verf. das Gesichtsfeld Schielender. (Sammlung zwangsloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, III. Band, Heft 8.)

Silbermark: *Ueber eine interessante Schussverletzung.*

Ein Mann hatte sich in selbstmörderischer Absicht eine Kugel in die linke Brustseite gejagt. Eine Ausschussöffnung wurde nicht gefunden. Gleich nach der Aufnahme ins Krankenhaus war Luftschall über der Gegend der undeutlichen Herzdämpfung zu constatiren. Der Spitzenstoss war nicht fühlbar. Am dritten Tage trat an Stelle des anfangs scheinbar normalen Lungenbefundes feuchtes Rasseln und tympanitischer Schall, verbunden mit laut röchelnder Athmung, auf. Diese Symptome deuteten klar darauf hin, dass die Kugel den Herzbeutel und den linken Pleurasinus verletzt hatte. Als dann noch Erbrechen bräunlich stinkender Flüssigkeit und Druckschmerzhaftigkeit der Magengegend auftraten, wurde zur Laparotomie geschritten, wobei sich an der kleinen Curvatur des Magens an der Stelle, die dem Zwerchfell anliegt, eine Schussöffnung fand, die vernäht wurde. Ein weiterer Schusscanal wurde nirgends entdeckt, so dass angenommen werden musste, die Kugel sei im zäh-schleimigen Mageninhalt stecken geblieben und durch den nach der Verletzung erfolgenden Brechact nach aussen befördert worden. Das wurde aber durch die nach einigen Tagen gemachte Section widerlegt, bei der sich in der Hinterwand des Magens die Ausschussöffnung fand. Die Kugel war in der Rückenmusculatur stecken geblieben. Die Luft im Pericard stammte wohl von aussen, weil der luftleere Raum gleichsam von aussen die Luft ansaugen musste, während der Pneumothorax sein Luft- und Gasgemenge auch durch den mit der linken Pleurahöhle communicirenden und in der Verdauung befindlichen Magen erhalten haben musste. (Wiener medicinische Wochenschrift 1902, Nr. 15.)

Trzebicky: *Zur Extraction verschluckter Fremdkörper aus Pharynx und Oesophagus.*

Gelingt die Elimination des Schädlings (besonders gefährlich

sind spitze, scharfe, kantige Fremdkörper) nicht bald auf natürlichem Wege, sei es nach oben oder nach dem Magen zu, so tritt das Gespenst einer Perforation des Schlundrohrs durch ein Decubitusgeschwür mit all seinen gefahrdrohenden Fólgen ein: tiefe, hochseptische Halsphlegmonen, nach dem Mediastinum sich senkend und oft schwere dyspnoeische Zufälle verursachend, eitrige Pleuritiden und jauchige Pneumonien, Perforation nach der Trachea, Arrosionsblutungen aus den grossen Arterien und Venen complettiren das Bild einer derartigen Perforation. Die Perforation kann aber auch durch den Arzt herbeigeführt werden, und zwar durch Extractionsversuche mit dem allgemein bekannten „Münzenfänger": Einer 53jährigen Frau war ein 3 cm langes, an dem einen Ende spitz auslaufendes, an dem anderen messerscharfes Knochenstück in der Speiseröhre unterhalb der Gegend des Ringknorpels stecken geblieben und mit dem Münzenfänger von sachkundiger Hand ohne Schmerzen und Schwierigkeit extrahirt worden. Es bildete sich sehr bald eine Halsphlegmone mit jauchiger Mediastinitis, die darauf zurückzuführen war, dass das quer eingekeilte Knochenstück bei der Extraction die Wand des Oesophagus beiderseits glatt durchschnitten hatte.

Dieser Fall mahnt wieder eindringlichst daran, dass der Gebrauch des Münzenfängers nur dann gestattet sein soll, wenn die Anamnese das Vorhandensein eines glattwandigen Körpers ergiebt, seit seiner Einkeilung nicht allzu lange Zeit verstrichen ist und überhaupt keine Symptome einer drohenden oder bereits erfolgten Perforation vorhanden sind. So bleibt denn für das Gros der Fälle entweder die Extraction mit der Zange unter unmittelbarer Controlle des Fingers, falls es sich um hoch oben sitzende Körper handelt, oder aber die Oesophagotomie übrig. (Wiener medicinische Wochenschrift 1902, 14.)

Sudeck: *Ueber die acute Knochenatrophie nach Entzündungen und Traumen der Extremitäten.*

Das Röntgenverfahren enthüllt uns eine interessante Art der Knochenatrophie, die am Structurbild deutlich sichtbar sich an benachbarte Entzündungen, an schwerere und leichtere Traumen, Quetschungen u. dgl. anschliesst. Das acute Eintreten dieser Atrophie macht ein Identificiren der Affection mit der Inactivitätsatrophie unmöglich.

Es dürfte sich um eine trophoneurotische Störung handeln, zumal auch die Weichtheile, besonders die Haut, eigenthümliche Störungen namentlich der Circulation des öfteren aufweisen. Die clinische Folge der acuten Atrophie ist die Functionsstörung: Hand und Finger werden schlecht beweglich und schwach, das Bein wird tragunfähig, das Gehen fast unmöglich. Therapeutisch ist Massage, leichte Gymnastik, heisse Bäder, Stauungs-

hyperämie zu empfehlen. Des öfteren mag bei solchen Patienten eine traumatische Neurose oder selbst Simulation irrthümlicherweise angenommen worden sein. (Deutsche med. Wochenschrift 1902, Nr. 19.)

Heusner: *Ueber die angeborene Hüftluxation.*

Den vielfachen Hypothesen über die Aetiologie des Leidens fügt H. einen eigenen Erklärungsversuch hinzu, er nimmt ein Hängenbleiben von Fuss oder Knie der 6.—8. Embryonalwoche an, ähnlich wie in einer Amnionfalte, während er dies früher für den Klumpfuss ausgeführt hat. Die therapeutischen Erfolge beurtheilt er mit strenger Kritik dahin, dass anatomisch gute Resultate nur in etwa 5 Procent erzielt wurden. Er selber wendet das unblutige Repositionsverfahren an, dessen Priorität er Pravaz und Paci zuerkennt. Den Verband, welcher das Knie mitfasst, legt er in Innenrotation der Beine an. Da das Misslingen wesentlich durch die Verbildung des Schenkelhalses, die Anteversion, bedingt erscheint, so stimmt er in schweren Fällen der von Schede empfohlenen Osteotomia femoris zu. (Zeitschrift f. orthop. Chir., 10. Bd., 4. Heft.)

Ch. Du Bois: *Multiple genitale und extragenitale syphilitische Primäraffecte mit einer Secundärincubation von 15 bis 20 Tagen.*

Der 25jährige Patient bemerkte am 20. April an seinen Geschlechtsorganen drei schmerzlose und nicht juckende Erhabenheiten, die sich vergrösserten und dann exulcerirten. Vier bis fünf Tage nach dem Auftreten dieser Läsionen zeigte sich an der Oberlippe dieselbe Erscheinung, die sich wie diejenige an den Genitalorganen weiter entwickelte. Beim Eintritt des Kranken am 10. Mai constatirte man: In der Mitte der Oberlippe eine runde Erosion, die den freien Rand und die innere Fläche einnahm; die der Luft ausgesetzte Partie ist von einer bräunlichen Kruste bedeckt, während die innere Fläche glatt und feucht ist; der Geschwürsgrund ist stark indurirt. Submaxillardrüsen beiderseits angeschwollen, besonders rechts. Nichts im Halse. Auf der Rückseite des Gliedes runde Erosion, mit einer leichten Kruste bedeckt, mit indurirtem Grund. Eine ähnliche, jedoch ausgedehntere Läsion mit knorpelähnlicher Basis befindet sich am Scrotum in der Falte zwischen demselben und dem Penis; in der Inguinoscrotalfalte constatirte man eine dritte, den beiden anderen ähnliche Läsion. Inguinaldrüsen, besonders links, angeschwollen. Am Rumpf, den Armen und Schenkeln starkes erythematopapulöses, fast confluirendes Exanthem. Kopfschmerzen Nachts. Drüsenschwellungen schmerzhaft. Die Behandlung bestand in der intramusculären Injection eines aus gleichen Thei-

len bestehenden Gemisches von salicylsaurem Quecksilber und Calomel, in Vaselinöl suspendirt (5 cg alle drei Tage). Bereits am 7. Juni, 27 Tage nach Beginn der Behandlung, konnte Pat. geheilt entlassen werden.

Die mitgetheilte Beobachtung, die schon an und für sich durch die Zahl und die Localisation der Primäraffecte interessant ist, ist es noch mehr durch die kurze Dauer der Secundäraffection. Die Erscheinung an der Lippe ist auf eine Beziehung ab ore zurückzuführen, was auch der Kranke zugesteht; sie zeigte sich einige Tage nach den anderen und scheint jünger. Da der Pat. auf doppelte Weise inficirt wurde, so fand die Sättigung des Organismus rascher statt, wodurch die secundäre Incubation in ihrer Entwickelung modificirt wird. Im Mittel beträgt die Incubationszeit bei der Syphilis 45 Tage; sie kann länger dauern; selten ist sie kürzer als 35 Tage. In der Literatur liegen einige Beobachtungen mit einer Incubationszeit, die weniger als 24 Tage betrug, vor. MacCarthy hat selbst zwei Wochen nach dem Primäraffect eine Roseola auftreten sehen. Bei unserem Patienten betrug die Incubationszeit 15 bis höchstens 20 Tage. (Rev. méd. de la Suisse rom. 1902, No. 12.)

E. Sobotta: *Vergleich über die Wirksamkeit verschiedener Bandwurmmittel nebst Versuchen, das Ricinusöl bei der Bandwurmcur durch andere Abführmittel zu ersetzen.*

Das Pelletierinum tannicum versagte in sechs Fällen völlig, hatte aber in zwei toxische Erscheinungen zur Folge. Als wirksames Bandwurmmittel erwies sich Filixextract in Dosen von 7—8 g für den Erwachsenen, wenn schon vorher für ausgiebige Darmentleerung gesorgt, bei Neigung zu Verstopfung mit dieser Fürsorge schon einige Tage vor der Cur begonnen war. Wenn man bald nach dem Einnehmen des Filixextractes durch Abführmittel für schleunige, reichliche Darmentleerung sorgt, so hat man Intoxication nicht zu fürchten. Toxische Erscheinungen hat Sobotta weder bei einem Diabetiker noch bei einer Person beobachtet, welche aus äusseren Gründen die nöthige Ruhe sich nicht gönnen konnte, und zwar weder bei Einleitung der Cur durch Ricinusöl (bis zu 24 g) noch bei gleichzeitiger Anwendung von Filixextract und Ricinusöl. Es muss dahingestellt bleiben, ob diese letztere thatsächlich die Ursache der Vergiftungen ist. Jedenfalls lässt sich die Filixbandwurmcur auch ohne gleichzeitige Ricinusgaben erfolgreich durchführen und die schleunige Entfernung des Filixextractes aus dem Darmcanal auch durch andere Abführmittel, z. B. Senna, weniger gut Natr. sulfuric., erreichen, wenn eine vorbereitende Entleerung durch Ricinusöl vorangegangen ist. Fasten vor der Cur (einen halben Tag) erleichtert den Erfolg wegen Leerhalten des Darmes, ohne dass eine

Schwächung des Organismus zu befürchten ist. Eine Vorbereitungscur (Hering u. dgl.) ist überflüssig. (Therap. Monatsh. 1902, August.)

Steffeck: *Ein neuer Vorschlag zur Behandlung des nachfolgenden Kopfes.*

Zur Entwickelung des nachfolgenden Kopfes bei Beckenendlagen concurriren heutzutage ernsthaft nur zwei Handgriffe: der Veit-Smellie'sche oder Moriceau-Levret'sche und der Martin'sche oder Wigand-Martin- v. Winckel'sche Handgriff. Nebenbei tauchen hin und wieder noch auf der Prager Handgriff und die Zange am nachfolgenden Kopfe, beide Methoden hauptsächlich für Fälle mit nach vorn gerichtetem Gesicht. Die beiden zuerst genannten Handgriffe sind im Endeffect gleichwerthig, doch ihre Resultate keineswegs glänzend, weil es nicht gelingt, die Gefahren, denen das Kind bei schwierigen Extractionen ausgesetzt ist, nämlich die gefährlichen Verletzungen und die Asphyxie, in der gewünschten Weise auszuschliessen resp. einzuschränken. Da die meisten Verletzungen auf Conto des Veit-Smellie'schen Handgriffes zu setzen waren, suchte Martin dafür in dem von ihm angegebenen Handgriffe einen Ersatz. Wenn auch letzterer in diesem Sinne als ein grosser Fortschritt zu begrüssen ist, so leisten doch beide Methoden in der Vermeidung der Asphxie gleichviel oder vielmehr gleichwenig. Beide Handgriffe basiren auf zwei theoretischen Erwägungen, und zwar erstens darauf, dass man künstlich durch Drehung des Kinnes nach hinten und durch Beugung des Kopfes die beste Einstellung des Kopfes ins Becken erzielen soll, und zweitens darauf, dass man durch Eingehen mit zwei Fingern in den Mund des Kindes die Möglichkeit zur Athmung desselben schaffen soll. Bis beide Forderungen erfüllt sind, vergehen aber oft kostbare Minuten. In diesen vorbereitenden Manipulationen sind nach St.'s Ansicht die Fehler beider Methoden gelegen. St. nimmt schon seit sieben Jahren sowohl auf die Kopfstellung wie auf die Möglichkeit der Athmung des Kindes nicht die geringste Rücksicht, sondern, sobald die Arme gelöst sind, drückt er mit beiden geballten Händen langsam und in kleinen Intervallen direct auf den Kopf des Kindes in der Richtung nach hinten unten. Sehr zweckmässig ist es, diese Expressio capitis in Walcher'scher Hängelage vorzunehmen, zumal man, abgesehen von der Beckenerweiterung, mit Hilfe dieser Lagerung jede Assistenz bei dem schwierigsten Act der Operation völlig entbehren kann; man lässt während der Ausübung des Druckes den Kindskörper einfach herabhängen. In kleinen Zwischenräumen übt man den Druck deshalb aus, um eine mehr allmähliche Anpassung des Kopfes ans Becken zu ermöglichen und um wieder frische Kraft sammeln zu können. Sitzt das Kinn

des Kindes über der Symphyse fest, so schiebt man es zunächst durch Druck nach hinten von der Symphyse fort und schreitet dann zur Expression des Kopfes. Auch nach der Decapitation leistet das Verfahren bei der Entwickelung des Kopfes gute Dienste. Im allgemeinen erblickt St. den Hauptvortheil der Methode in der grossen Zeitersparniss und infolgedessen in der möglichsten Vermeidung schwerer Asphyxien, nebenbei aber auch in der überraschenden Leichtigkeit der Ausführung und in der Verminderung der Verletzungen des Kindes, die bei dieser Methode nur noch in löffelförmigen Eindrücken und eventuell in intracraniellen Blutungen bestehen können. St. hat sein Verfahren in 36 Fällen mit Erfolg angewandt und theilt in Kürze sechs Geburtsgeschichten mit. Wenn er sich auch dessen wohl bewusst ist, dass in vielen Fällen wegen zu grossen Missverhältnisses zwischen Kopf und Becken die bimanuelle Expression des Kopfes nicht zum Ziele führen wird, so hofft er doch, durch seinen Handgriff wenigstens die Zahl der Todtgeburten und Perforationen herabsetzen zu können. (Deutsche med. Wschr. 1903, No. 3.)

Herm. Gerwinka: *Ueber Agurin, ein neues Theobrominpräparat.*

Das Präparat wurde theils allein, theils abwechselnd mit Diuretin oder gleichzeitig mit Inf. fol. digit. purp. gegeben. Zunächst sei die Wirkung bei einem Falle von arteriosclerotischer Stauungsniere mit hochgradigen Oedemen erwähnt. In den ersten Tagen schwankte die Harnmenge zwischen 200 bis 500 ccm. Nach Darreichung von 6 g Agurin in Pulverform stieg die Harnmenge am nächsten Tage auf 1350 ccm, am darauffolgenden auf 2000 ccm und hielt sich in den folgenden Tagen zwischen 1200—1650 ccm. Nach sechs Tagen waren die Oedeme fast ganz geschwunden.

In einem Falle von Insufficienz und Stenose der Valvula mitralis mit starken Oeden betrug die Harnmenge nach Agurin das Dreifache, später mindestens das Doppelte der ursprünglichen Harnmenge vor Aguringebrauch.

Bei einer Pat. mit hochgradigem Hydrops ascites erfolgte am zweiten Tage nach Darreichung von 5 g Agurin eine Harnausscheidung von 5000 ccm, während früher nur 400—1050 ccm ausgeschieden wurden.

Auch bei Ansammlung von freier Flüssigkeit in den Körperhöhlen allein, z. B. bei pleuritischen Exsudaten, zeigte sich die günstige Wirkung von Agurin, indem die Harnmenge nach Agurindarreichung das Zwei- bis Dreifache (ca. 1500—1800 ccm) der ursprünglichen Menge betrug. Nach Aussetzen des Präparates sank die Menge des Harnes bis auf 800—900 ccm und

stieg nach abermaligem Aguringebrauch innerhalb drei Tagen auf 1500—1800 ccm und hielt sich dann auf gleicher Höhe.

Den gleichen Erfolg hatte die Verwendung von Agurin bei Exsudaten in die Bauchhöhle in Folge tuberculöser Peritonitis, indem auch in diesen Fällen eine zwei- bis dreimal so grosse Menge Harnes ausgeschieden wurde, wie vor Gebrauch von Agurin.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass die Anwendung von Agurin hauptsächlich indicirt ist bei allen Erkrankungen, die mit hydropischen Erscheinungen einhergehen, besonders aber bei Stauungserscheinungen in Folge von Klappenfehlern des Herzens. Und zwar tritt die Wirkung namentlich dann in bedeutenderem Maasse ein, so lange die Nieren nicht afficirt sind. Bei schweren Erkrankungen der Nieren ist sie unsicher. Irgendwelche unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Nur zwei Patienten gaben an, auf Agurin Kopfschmerz zu haben. Bei dem einen wich jedoch derselbe trotz weiteren Gebrauches von Agurin, während er beim zweiten, verbunden mit Erbrechen, auch nach Entziehung des Präparates durch eine Woche hindurch fortbestand und nicht auf das Agurin, sondern auf urämische Intoxication zu beziehen war. In allen anderen Fällen wurde das Agurin gut vertragen. Die diuretische Wirkung tritt rasch ein; das Maximum wird am zweiten bis dritten Tage erreicht. Einen Tag nach Aussetzen des Mittels sinkt die Harnmenge meist sofort, wenn auch bei einigen Fällen eine Nachwirkung in geringem Grade ersichtlich war. (Prager med. Wschr. 1902, No. 48.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

XVI. Sitzung: Donnerstag, den 21. Mai 1903.

Vorsitzender: Dr. Karl Döpfner.

1. Dr. B. Reko: *Ueber Blaulicht.* (Vortrag ist in der Juli-Nummer als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. Doepfner: Ich möchte den Herrn Dr. Reko fragen, ob das Blaulicht tiefer in das Gewebe einzudrin-

gen im Stande ist, als das Finsen-Licht, und wie sich ferner seine Wirksamkeit bei Lupus verhält im Vergleiche mit der des Finsen-Lichts. Wenn sich herausstellen sollte, dass das Blaulicht in seiner Wirksamkeit dem Finsen-Licht nicht nachsteht, dann wäre es dem letzteren entschieden vorzuziehen, weil seine Anwendung eine einfachere ist. Das Finsen-Licht hat die grosse Unbequemlichkeit, dass man während der ganzen Dauer der Einwirkung durch eine leicht aufgedrückte Glasplatte das Blut aus den oberflächlichen Gewebsschichten verdrängen muss. Beim Finsen-Licht erscheint ferner viel abzuhängen von der genauen Befolgung der Finsen'schen Vorschriften und von der Construction der Lampe selbst. Im Finsen-Institut werden nur genau calibrirte Lampen verwendet, deren bactericide Wirksamkeit vorher festgestellt wurde mit Hülfe einer Staphylococcencultur, deren Virulenz stets auf der gleichen Stufe gehalten wird. — Dr. Reko (Schlusswort): Nach unseren Erfahrungen dringt das Blaulicht wesentlich tiefer in das Gewebe ein als das Finsen-Licht, ohne dass wir nöthig haben, das Blut aus dem Gewebe zu verdrängen. Uebrigens haben wir in der Anwendung von Adrenalin ein Mittel, das uns das dauernde Aufdrücken einer Glasplatte auch beim Finsen-Licht erspart. Die Wirksamkeit des Blaulichts bei lupösen Erkrankungen scheint der des Finsen-Lichts entschieden überlegen zu sein.

2. Dr. G. Kolischer: Casuistische Mittheilungen:

1. *Ist das Abschneiden des schon entwickelten Kopfes jemals gerechtfertigt?*
2. *Ist das Abschneiden eines vorgefallenen Armes zweckdienlich?*
3. *Placenta praevia.*
4. *Grosser Abscess zwischen Vagina und Rectum nach Abortus im 4. Monat.*
5. *Puerperales Exsudat mit Perieystitis.*
6. *Blutung im Douglas.*
7. *Gesichtslagen.*
8. *Haematurie* (Stein im Nierenbecken).

Discussion. Dr. G. Schmauch: Ich habe an Herrn Dr. Kolischer die Anfrage gerichtet, ob ein Cervixriss in dem ersten Falle vorgelegen hat, weil ich mir ein Einspiessen von Kindestheilen nur dann vorstellen kann, wenn eine Verletzung stattgehabt hat. Das Abtrennen des geborenen kindlichen Kopfes wird ja allgemein und mit Recht verworfen, doch giebt es immerhin Fälle, in denen auf diese Weise der Zutritt zu den kindlichen Theilen erleichtert wird. Ich denke hierbei an die Fälle, wo zu breite Entwickelung der Schultern oder Missbildung des

Foetus, Cystenniere, Cystenleber und Ascites die Geburt des kindlichen Körpers behindern. Die Cleidotomie, die Durchtrennung der Schlüsselbeine oder die Punction der Abdominalhöhle sind ja die Operationen, die wir in solchen Fällen anwenden. Sie sind aber auch für den geübten Geburtshelfer in all den Fällen, wo die Vulva dem kindlichen Halse press anliegt, nur schwer auszuführen, so dass schon mancher College zur Schonung der mütterlichen Weichtheile und zur eigenen Bequemlichkeit eine solche Decapitation vorgenommen hat. Dr. K o l i s c h e r hat uns nicht mitgetheilt, was in dem vorliegenden Falle die Verzögerung des Fruchtaustrittes verursacht hat. Die Ablösung der Placenta bei Placenta praevia ist, wie bereits andererseits hervorgehoben, von amerikanischen Autoren angegeben. Ich verwerfe sie ebenfalls als infectionsgefährlich. Was das Abschneiden des vorliegenden Armes anlangt, so wird dieser Kunstfehler ja ziemlich häufig verbrochen. Einen so sehr schweren Vorwurf darf man aber, meiner Ueberzeugung nach, hieraus dem Practiker nicht machen. Jeder Geburtshelfer hat ja, bevor er auslernt, solch einen Kunstfehler auf dem Gewissen. Auch mir ist es in der ersten Zeit meiner geburtshülflichen Thätigkeit einmal passirt, dass ich zu einer verschleppten Querlage gerufen wurde und, da ich an den Hals des todten Kindes nicht herankam, behufs Erleichterung der Eventeration, die Amputation des vorgefallenen Armes vornahm. Es ist das ein durchaus einfacher und natürlicher Ideengang und doch wird dieser Eingriff mit Recht als Kunstfehler bezeichnet. Der Arm bietet uns gerade bei diesen Operationen eine werthvolle Handhabe und gerade durch Zug an demselben machen wir den kindlichen Körper unseren Instrumenten zugänglich. Meine Stellung der Umwandlung der Gesichtslage gegenüber weicht von der des Herrn Dr. K o l i s c h e r etwas ab. Ich halte diesen Eingriff für nicht ganz ungefährlich und eigentlich nur von einem geübten Geburtshelfer ausführbar. Wie Sie wohl wissen, hat T h o r n die nach ihm benannte Manipulation der Umwandlung der Gesichtslage als Assistent der Berliner Frauenklinik angegeben und wird demgemäss sein Handgriff auch an unserer Klinik besonders häufig ausgeführt. Bei Mehrgebärenden ist es, wenn man rechtzeitig kommt, also bei Beweglichkeit des Kopfes, ein harmloser und einfacher Eingriff. Anders bei Erstgebärenden, wo die straffen Weichtheile das Arbeiten erschweren. Dem Practiker muss als erste Regel angerathen werden, sich möglichst expectativ zu verhalten. Die meisten Gesichtslagen enden spontan und wird die Austreibung durch die abnorme Haltung des Kindes nur verzögert. Ein bekannter süddeutscher Geburtshelfer pflegte, sowie er auf seinem Kreissesaal eine Gesichtslage festgestellt hatte, seine Flinte unter den Arm zu nehmen und auf die Jagd zu gehen. Seinen Assistenten hinterliess er die Weisung, nichts zu thun, bevor er zu-

rückkäme. Seine Resultate waren recht gut. Ist der Kopf wirklich ins Becken eingetreten, so halte ich die Anlegung der Zange, wenn das kindliche Leben gefährdet ist, für keinen schweren Eingriff. Es giebt keine einzige Haltung des Kindskopfes, bei der die Zangenlöffel sich so vollständig dem Kopfknochen anpassen, wie bei Gesichtslagen. Ein Abrutschen kommt nie vor und man hat die Entwicklung des Kindes völlig in der Hand. Deshalb ist der Damm auch nicht so gefährdet; ich besinne mich auf keinen beachtenswerthen Dammriss, der mir bei dieser Operation passirt wäre. Hat man die Umwandlung nach Thorn vollbracht, so genügen bei Mehrgebärenden meist einige Presswehen nach dem Erwachen aus der Narcose, um das Kind auszustossen. Oft wurde ich, von der Operation zurückgekehrt, zu Hause von der Nachricht überrascht, dass das Kind bereits geboren ist. Viel Zeit auf die Umwandlung zu verwenden, ist nicht rathsam. Mit jeder Minute, die wir länger in der Uterushöhle manipuliren, wächst die Infectionsgefahr. Deshalb gehe ich persönlich, wenn mir die Umwandlung missglückt, zumal bei Beckenverengerung, mit der Hand einfach höher hinauf in die Uterushöhle und hole einen Fuss herunter. Es ist dies nur ein einmaliger Eingriff und die Geburt wird damit beendet, während man nach der Umwandlung wegen Gefährdung des kindlichen Lebens oft noch zur Zange greifen muss. Wenn Herr Dr. Kolischer in dem einen Fall 20 Minuten für die Operation angiebt, so ist damit wohl die Zeit für die Narcose mit eingerechnet; die Umwandlung nach Thorn erfordert nur einige Minuten.

Ausserdem betheiligten sich an der Discussion die Herren Banga, Schiller, Doepfner und Kolischer.

Dr. L. H. Abele, Schriftführer.

XXXII. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.*)

Referent: Dr. M. Blumberg-Berlin.

Nach der Eröffnungsrede des diesjährigen Präsidenten des Chirurgencongresses, Herrn Geheimrath Küster, begann Herr Kraske (Freiburg) die Reihe der wissenschaftlichen Vorträge mit dem Thema „Ueber Beckenhochlagerung und ihre Gefahren." Nachdem Trendelenburg auf die Vortheile aufmerksam gemacht hatte, welche die Hochlagerung des

*) Aus „Deutsche Med. Presse," 1903, No. 13.

Beckens der zu operirenden Patienten bei vielen Laparatomien durch Ermöglichung einer guten Uebersicht über das Operationsgebiet gewährt, ist diese Methode von allen Seiten aufs dankbarste anerkannt worden und auch Herr K r a s k e möchte sie keineswegs missen. Doch hält er es für gerathen auf gewisse von ihm beobachtete Vorkommnisse hinzuweisen, die zur Vorsicht in bestimmten Fällen mahnen. Mit kurzen Worten streift er zunächst die vorübergehenden üblen Folgen, die in wenigen Fällen beobachtet sind, wie z. B. Emphysem der Bauchdecken. Bedenklicher dagegen ist es schon, dass die Cirkulationsverhältnisse durch die T r e n d e l e n b u r g'sche Hochlagerung ge dert werden: K. weist hier auf zwei von ihm operirte Patienten hin, bei denen schon vor der Operation (Sectio alta, im einen Falle wegen eines ungewöhnlich grossen Blasensteins, im anderen wegen Papillombildung der Blase) Herzstörungen bestanden. Trotzdem hier zur Narcose Aether verwandt worden war und die Operationen rasch verliefen, trat doch danach eine acute Verschlimmerung des Herzens ein, so dass beide Patienten wenige Tage nach der Operation starben. K r a s k e nimmt an, dass hier durch die Steigerung der Blutmenge im Herzen acute Herzdilatation eingetreten ist. In anderen Fällen fand K r a s k e, dass bei Patienten mit starkem Panniculus adiposus dadurch gefährliche, in einem Falle trotz Relaparotomie tödtliche Störungen der Darmpassage nach der Laparotomie eintraten, dass das Netz, wie sich bei der Autopsie zeigte, zu einem Klumpen geballt unter der Leber lag und das Colon abgeschnürt hatte. Da durch die Experimente S c h a u t a's erwiesen ist, dass die dislocirten Eingeweide bei geschlossener Bauchhöhle nicht mehr in die Normallage zurückkehren, so ist es nöthig vor Schluss der Peritonealhöhle die Eingeweide richtig zu legen. Aus seinen Erfahrungen zieht K. ferner den Schluss, bei fetten Patienten die Beckenhochlagerung nur möglichst kurze Zeit anzuwenden und, sobald es irgend angeht, zur Horizontallage überzugehen. — In der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion erklärt Herr T r e n d e l e n b u r g (Leipzig) das Zustandekommen eines Ileus in Folge der Beckenhochlagerung wohl für möglich, wenn er es auch selbst nie gesehen hat. Bei Fettleibigen sei der Werth der Lagerung überhaupt gering, da der Druck bei ihnen gar nicht negativ wird. T r e n d e l e n b u r g wendet das Verfahren deshalb nie sehr lange Zeit hintereinander an, nur 5—10 Minuten, dann wird es ausgesetzt und nach einiger Zeit bei Bedarf wieder erneuert. Bei vollem Magen und Ileus vermeidet er die Hochlagerung, weil leicht Ersticken durch Aspiration des Erbrochenen eintritt. Herr K o e n i g-Berlin wendet bei perityphlitischen Abscessen nur ganz flache Hochlagerung an und legt tief, sobald der Eiter abfliesst. Andere Operateure weisen auf besondere

Einrichtungen an den Operationstischen für die Hochlagerung hin.

Von grossem allgemeinem Interesse ist der zweite Vortrag des Congresses: Herr Perthes-Leipzig „Ueber den Einfluss von Röntgenstrahlen auf epitheliale Gewebe, insbes. auf das Carcinom (mit Demonstration von Actinogrammen)." Von der von v. Mikulicz und Fittig gemachten Beobachtung ausgehend, dass oberflächliche Mammacarcinome durch die Einwirkung von Röntgenstrahlen in Heilung übergingen, stellte sich Perthes die Frage, wie diese Wirkung zu erklären sei. Er sah, wie an seiner eigenen Hand eine Warze nach Röntgenstrahlenbehandlung verschwand, und stellte dementsprechende Versuche an 18 Patienten mit Warzen an: in 16 von diesen Fällen verschwanden die Warzen, in den beiden übrigen war die Bestrahlung wohl nicht stark genug. Die microscopische Untersuchung ergab, dass die Röntgenstrahlen vorzugsweise auf die Epithelien, weniger auf's Bindegewebe wirken. Perthes hatte ferner Heilerfolge durch Röntgenstrahlung bei Gesichtscarcinom (50malige Bestrahlung) und oberflächlichem Mammacarcinomrecidiv. Er ist auf Grund seiner microscopischen Studien der Ansicht, dass die Wirkung der Röntgenstrahlen nicht nur auf die Oberfläche beschränkt ist; die weichen Röhren sind wirksamer, aber nur in der Oberflächenschicht, die harten sind schwächer, aber tiefer wirkend, letzteres ist durch längere Expositionsdauer auszugleichen. Wie weit diese Therapie für die Praxis verwendbar sein wird, lässt Perthes vorläufig noch dahingestellt. — In der Discussion bestätigte Herr Lassar-Berlin die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf Cancroide; ferner hat er durch Bestrahlung Eczeme und Hirsuties geheilt. Zur Vorsicht mahnen Beobachtungen, die Herr Kümmell-Hamburg erwähnt: ein Carcinomfall verschlimmerte sich durch Bestrahlung; ja bei einem Arbeiter, der berufsmässig mit Röntgenapparaten arbeitete, trat in Folge der Bestrahlung ein Ulcus ein und aus diesem wurde ein Carcinom, welches die Amputation des Armes nothwendig machte.

Herr Ludloff-Breslau hält einen Vortrag „Zur Diagnostik der Knochen- und Gelenktuberculose", in welchem er die grössere Durchsichtigkeit des kranken Knochens und die Knochenprotuberanzen in der Nähe tuberculöser Herde bespricht.

Herr Kuttner-Tübingen empfiehlt auf Grund von Experimenten, nachdem ihm Versuche, die physiologische Kochsalzlösung zwecks künstlichen Blutersatzes durch andere Flüssigkeiten zu ersetzen, nicht gelungen sind, Sauerstoff in die Blutbahn zu bringen. Er hat einen Apparat construirt und demonstrirt denselben, welcher es ermöglicht, mit Sauerstoff gesättigte physiologische Kochsalzlösung steril intravenös zu injiciren; im

Liter Kochsalzlösung sind 20 ccm Sauerstoffgas enthalten. Er empfiehlt dieses Verfahren noch durch gleichzeitige Einathmungen von Sauerstoff zu unterstützen.

Herr Borchard-Posen hat nach dem Vorgange von v. Mikulicz bei einem circumscripten myelogenen Sarcom des Oberschenkels eines 19jährigen Mädchens die Resection der Oberschenkeldiaphyse in einer Länge von 15 cm ausgeführt statt der Amputation bezw. Exarticulation. Herr Körte-Berlin demonstrirt Präparate und Photographieen eines von ihm vor 5 Jahren in gleicher Weise operirten Spindelzellensarcoms. Herr Goldmann erwähnt drei ähnliche Fälle von Tumor der Tibia.

Herr Schanz-Dresden demonstrirte einen Patienten mit alter Patellarfractur, bei dem er die Quadricepslähmung durch Ueberpflanzung des Sartorius geheilt hat.

Herr von Eiselsberg-Wien demonstrirt einen durch Operation entfernten Mediastinaltumor; die Pat. ist genesen und beschwerdefrei bis auf Neuralgien im linken Plexus.

Herr Gärtner-Wien demonstrirt einen von ihm construirten Pulscontrollapparat, besonders zur Verwendung bei Narcosen: der Apparat soll dazu dienen, dem Narcotiseur die sehr grosse Aufmerksamkeit erfordernde dauernde Controlle des Pulses zu erleichtern, indem statt des leicht ermüdenden Tastsinns der Gesichtssinn die Controlle ausübt, da die Bewegungen des Zeigers des Apparates die Qualität des Pulses erkennen lassen.

Herr Müller-Rostock hat in einem Falle durch Ersatz einer Phalanxdiaphyse durch ein Periostknochenstück der Ulna guten Erfolg erzielt.

Herr Jordan-Heidelberg spricht über Massagebehandlung frischer Fracturen, mit welcher er seit 8 Jahren an der Heidelberger Königl. Poliklinik Versuche angestellt hat. Für Radiusbrüche z. B. befolgt er folgende Therapie: das verletzte Glied wird auf einen Sandsack oder ein Lederpolster gelagert, massirt, die Reposition ausgeführt, dann eine feuchte Binde leicht comprimirend angelegt und so das Glied auf einer Pappschiene oder Drahtschiene fixirt. Am nächsten Tage wird nach Abnahme des Verbandes wieder massirt und dann der Verband wieder angelegt und so täglich weiter. Nach einigen Tagen beginnt man mit Bewegung der benachbarten Gelenke; die Schiene bleibt bis zur Consolidation liegen. Technik der Massage: nur einige Streichungen, wobei man die Bruchstelle überspringt; anfangs sehr zarte Massage, allmählich stärkere; die Massage muss fast schmerzlos sein. Durch diese Therapie wird die Behandlung wesentlich abgekürzt; von 40 Radiusfracturen wurden 35 völlig arbeitsfähig, 2 behielten 10 Prozent Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit, 1 40 Procent Herabsetzung. Ebenfalls gute Resultate

wurden bei Fracturen der unteren Extremität erzielt. — In der Discussion betont Bardenheuer-Köln, dass man besonders bei Gelenkfracturen möglichst frühzeitig mit Bewegungen beginnen soll. Herr Stolper-Breslau giebt seiner Ansicht dahin Ausdruck, dass seinen Erfahrungen nach die von dem Vortragenden besprochene Massagebehandlung häufiger ausgeführt wird, als Herr Jordan meint.

Herr Wesselv-Berlin vertritt auf Grund von Thierexperimenten die Ansicht, dass bei der durch locale Wärmeapplication eintretenden Hyperaemie die Antikörper des Blutes in vermehrter Menge aus den Gefässen ins Gewebe treten.

Herr Höpfner-Berlin hat an Hunden Stücke von Arterien resecirt und dann in umgekehrter Richtung wieder vereinigt, ja selbst Stücke der Femoralis mit der Carotis ausgetauscht, theils mittels Gefässnaht, theils mittelst der von Payr empfohlenen Magnesiumprothesen. Es trat tadellose Heilung ohne Beeinträchtigung der Pulsation ein. Venen auf Arterien sowie Arterien der einen Thierspecies auf die einer anderen liessen sich nicht überpflanzen.

Herr Dührssen-Berlin spricht über die Gefahrlosigkeit der modernen gynaecologischen Operationen an der Hand eines Jahresberichts.

Herr Neuber-Kiel, der bedeutende Verdienste auf dem Gebiete der aseptischen Wundbehandlung hat, sprach über seine Erfolge auf diesem Gebiet. Durch die von ihm befolgten Maassnahmen hat er es auf 97½ Procent Heilung per primam intentionem unter einem Verbande gebracht. Der Vorbereitung des Kranken wird grosser Werth beigelegt, ebenso der Reinheit des Operationszimmers, der Sterilisirung der Instrumente, Verbandstoffe, Bürsten, Wäsche etc. Die Péan's'schen Klemmen werden vor der Anlegung an der Spitze leicht erwärmt, um eine schnellere Gerinnung des Blutes herbeizuführen. Die grösste Beachtung wird der Pflege der Hände auch ausserhalb der chirurgischen Thätigkeit geschenkt, da eine schlecht gepflegte rissige, eczematöse Hand sehr schwer zu desinficiren ist. N. demonstrirt Filzverbände, wie er sie seit Langem anwendet.

Herr Heile-Breslau hat Versuche über die antiseptische Wirkung des Jodoforms angestellt, um zu prüfen, aus welchem Grunde das Jodoform in den Reagensglasversuchen mit künstlichem Nährboden am wenigsten wirksam ist, dagegen bei Höhlenwunden, bei Injectionen in die Gelenke eine ausgezeichnete antiseptische Wirkung ausübt. Er brachte Brei von thierischen Organen mit Jodoform und Bacterien zusammen und fand, dass dabei ein bactericider Körper, das Jodacetylen, abgespalten wird.

Herr Petersen-Heidelberg berichtet über anatomische und clinische Untersuchungen über den Magen- und Darmkrebs. Er weist auf die einander gegenüberstehenden Ansichten der

Autoren über das multicentrische und unicentrische Wachsthum des Carcinoms hin und präcisirt seinen Standpunkt in dieser Frage dahin, dass die meisten Carcinome unicentrisch wüchsen, einige aber auch multicentrisch. Das Magendarmcarcinom im Speciellen gehöre zu den unicentrischen. Das Rectumcarcinom neigt nicht dazu, sich in der Schleimhaut, sondern mehr nach der Tiefe hin auszuarbeiten, das Magencarcinom wächst im Gegensatz dazu besonders in der Schleimhaut weiter. Petersen ist der Ansicht, dass in den Lymphdrüsen bisweilen Carcinomzellen spontan zu Grunde gehen. Von den Operations-Resultaten der Heidelberger Klinik, auf die Herr Petersen dann eingeht, ist hervorzuheben, dass von 30 Magenresectionen bald nach der Operation 12 gestorben sind, 7 von den Patienten sind noch am Leben, einer davon seit 12 Jahren. P. ist der Ansicht, dass es nicht nöthig ist, bei der Operation des Magencarcinoms alle regionären Drüsen unter grossen Schwierigkeiten zu entfernen, da viele Carcinomzellen in den Drüsen untergehen. — Herrn Borrmann-Göttingen haben seine microscopischen Untersuchungen bezüglich des Magencarcinoms zu den gleichen Resultaten geführt wie Herrn Petersen, bezgl. des Hautcarcinoms dagegen ist er abweichender Ansicht. Herr Koenig-Berlin warnt vor zu optimistischen Anschauungen bezüglich des Unterganges von Carcinomzellen in den Drüsen und erinnert an das „ruhende Carcinom der Drüsen."

Herr Wullstein-Halle a. S. spricht über die Pathologie des Sanduhrmagens und über die Therapie desselben durch Gangränerzeugung. An der Hand einer grossen Reihe von Präparaten bespricht W. die entwicklungsgeschichtliche und vergleichend-anatomische Seite der Frage und erwähnt, dass er an Foeten zum Theil mehrfache Einschnürungen des Magens gefunden hat. Als Therapie sind bisher vorgeschlagen die Gastroanastomose, die Gastroenterostomie, die Gastrolyse, die Resection. W. fügt diesen Verfahren eine neue, bisher von ihm nur am Hunde ausprobirte Methode hinzu, nämlich Gangränerzeugung des Sporns durch Umstechung und Gefässunterbindung.

Herr Maass-Berlin berichtet, dass bei Hernienoperationen an Kindern nach seinen Erfahrungen eine Veränderung der Bruchpforte wie bei Erwachsenen unnöthig sei; bei Nabelbrüchen verwendet er die Tabaksbeutelnaht des Peritoneums.

Herr Eckstein-Berlin spricht über Erfahrungen mit Hartparaffinprothesen, speciell bei Hernien, und empfiehlt das Verfahren bei kleineren Brüchen. Herr Gersuny-Wien, von welchem die Methode der Vaselininjectionen angegeben ist, erklärt sich gegen die Anwendung der Paraffinprothesen zur Heilung der Hernien, da durch dieselben die Hernie nicht beseitigt, sondern nur maskirt werde. Die Technik der Hartparaffininjectionen sei erheblich schwieriger als die der Weichparaffininjec-

tionen. Herr Eckstein hebt im Schlusswort nochmals die Vortheile des Hartparaffins hervor, die Technik sei keineswegs schwierig. (Die Technik des Verfahrens ist thatsächlich sehr einfach, wie ich selbst bestätigen kann. Referent.)

Herr Payr-Graz tritt für die Operation der Epityphlitis nach der allerersten Attacke ein; er hat 2—3 Procent Mortalität.

Die Herren Sonnenburg und Federmann (Berlin) sehen auf Grund ihrer Untersuchungen in der Bestimmung der Leucocytose ein wichtiges Hilfsmittel, um zu erkennen, ob bei der Perityphlitis der Verlauf ein langsamer oder foudroyanter sein wird. Auch bei der freien Peritonitis gewährt die Untersuchungsmethode den untrüglichen Schluss auf die Schwere der Erkrankung; eine dauernd hohe Leucocytose bestand bei den zur Heilung gelangenden, eine schnell abfallende bei den ad exitum kommenden Fällen. — Im Gegensatz zu diesen Anschauungen erklärt Herr Sprengel (Braunschweig) die Methode für ein absolut unzuverlässiges Mittel für die Prognosenstellung der Perityphlitis. Die Herren Körte-Berlin und Riedel-Jena treten für die Frühoperation ein. Herr Kümmell-Hamburg warnt vor Schablonisirung; im Ganzen könne man es dem einzelnen Falle ansehen, ob er eine sofortige Operation erfordere. Von Vortheil sei es, wenn man die Patienten in das intermediäre Stadium überführen kann, in welchem ja die Virulenz eine geringere sei.

Nach Herrn von Bruns-Tübingen erfolgt die Localisation der Pneumococcenperitonitis meist in der Medianlinie unterhalb des Nabels; der Flüssigkeitserguss ist sehr gross, die Temperaturcurve lässt oft an ein eitriges Exsudat nicht denken und erst die Punction ergiebt Eiter. Oft tritt bei Kindern Spontanheilung ein, nachdem der Eiter sich einen Ausweg, meist in der Nabelgegend, verschafft hat. Ein begünstigendes Moment für die Abcapselung ist der Fibrinreichthum des Exsudats.

Herr Brauer-Heidelberg hat in erfolgreicher Weise bei Patienten mit chronischer Mediastino-Pericarditis die Indication zum chirurgischen Eingriff gestellt. Bei diesen Fällen bestand Cyanose, Leberstauung, Ascites in Folge der Herzinsufficienz, und da diese Herzinsufficienz durch die Verwachsungen mit der starren Brustwand bedingt ist, so suchte B. dadurch einen heilenden Einfluss auszuüben, dass den Patienten die knöcherne Brustwand an dieser Stelle entfernt und so das Herz entlastet wurde. Zwei Patienten, die B. demonstrirt, haben dadurch ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangt. Die eigentliche Cardiolysis, also die Lösung der Verwachsungen empfiehlt B. nicht, da die Narcose bei diesem grösseren Eingriff gar zu gefährlich wäre; überdies sei Recidiv zu befürchten. — Herr Simon-Heidelberg spricht über die Operationstechnik und die Gefahren der Narcose bei den vorgestellten Patienten, und Herr Petersen-Heidelberg betont

die Nothwendigkeit der Entfernung auch des Periosts, damit die Rippen nicht wieder nachwüchsen. Herr Rehn-Frankfurt a. M. macht darauf aufmerksam, dass bei dem einen vorgestellten Patienten in Folge Zusammensinkens des Thorax die Operationsöffnung verkleinert und theilweise knöcherner Ersatz der Rippen eingetreten ist; um so bemerkenswerther sei es, dass Besserung bezw. Heilung der Symptome erfolgte.

Herr F. Krause-Berlin spricht über ein operatives Gebiet, auf dem er bekanntlich viele glänzende Erfolge zu verzeichnen hat, über Gehirnchirurgie und zwar über chirurgische Behandlung der nicht traumatischen Jackson'schen Epilepsie und demonstrirt microscopische Präparate der bei seinen Operationen exstirpirten Hirnstückchen, welche meist hochgradige Veränderungen aufwiesen. Herr Braun-Göttingen weist darauf hin, dass man bei der Beurtheilung dieser Heilungen sehr vorsichtig sein müsse: einer seiner Patienten, der nach seiner eigenen Angabe nach der Operation 7 Jahre lang geheilt war, ist jetzt (nach 12 Jahren) schwer epileptisch, und es hat sich herausgestellt, dass er die Aerzte belogen hat. Herr Kümmell-Hamburg und Herr Jolly-Berlin halten die Erfolge ebenfalls für keine Dauerheilungen, sehen aber in den vorübergehenden Heilungen der Epileptiker auch schon einen erheblichen Gewinn.

Herr Braun-Leipzig theilt seine Versuche über Leitungsanaesthesie mit, die er mit Injection einer 1procentigen Cocainlösung unter Zusatz von 1—5 Tropfen Adrenalinlösung angestellt hat. Während Enderlen-Marburg nach diesen Injectionen grosse Schmerzhaftigkeit auftreten sah, sind dieselben nach Braun's, Perthes'-Leipzig und Meisl's-Freiburg Erfahrungen schmerzlos.

Herr Dollinger (Ofen-Pest) berichtet über 128 Exstirpationen von tuberculösen Halsdrüsen; er hat dieselben aus cosmetischen Gründen, um die entstellenden grossen Narben zu vermeiden, von einem nur 6 cm langen Schnitt am hintern obern Rand des Sternocleidomastoideus aus unter Beleuchtung des Operationsgebietes durch einen Stirnreflector entfernt. Diese Operation ist allerdings nur bei freibeweglichen Drüsen ausführbar. — Herr Koenig-Berlin hält die Methode bei allen schwierigeren Fällen für ungeeignet und befürchtet zahlreiche Recidive. Dollinger erwidert, dass seine Erfahrungen mit dieser Methode 11 Jahre zurückreichen.

Herr Bunge-Königsberg weist darauf hin, dass nach seinen Untersuchungen die meisten Patienten mit offenen traumatischen Schädeldefecten dauernde Beschwerden hatten, ja dass einige Epilepsie bekamen. Dagegen sind die Resultate bei primärer oder secundärer Deckung des Defectes gut.

Herr Schwerin-Berlin stellt einen Patienten mit Stichverletzung des rechten Vorhofs vor, die er durch Naht des Vorhofs

geheilt hat. Der Wundverlauf war durch eitrige Pericarditis und Pleuritis gestört.

Die Reihe der Vorträge über Nierenchirurgie eröffnete Herr Kümmell-Hamburg. Nach seinen sehr ausgedehnten Erfahrungen sei es in allen Fällen möglich, Nierensteine mittels der Röntgenaufnahmen zu erkennen. Er spricht weiterhin von der grossen Bedeutung des Ureterencatheterismus und der Cryoscopie für Diagnose und Prognose der Nierenkrankheiten und giebt schliesslich seiner Ansicht dahin Ausdruck dass es bei weiterer Vervollkommnung dieser Methoden möglich sein wird, den operativen Nierentod zu vermeiden. — Herr Barth-Danzig misst den Röntgenphotographien der Nierensteine keinen so grossen Werth bei wie Herr Kümmell. Die functionelle Nierendiagnostik gestattet auch nach B.'s Erfahrungen eine ausserordentliche Verfeinerung der Diagnose, die von entscheidender Bedeutung bei der Indicationsstellung zum chirurgischen Eingriff ist.

Herr Loewenhardt-Breslau spricht über seine Methode der functionellen Nierendiagnostik durch Bestimmung der electrischen Leitungsfähigkeit, welche der Gefrierpunktsbestimmung parallel geht und den Vortheil für sich hat, sehr rasch ausführbar zu sein.

Herr Riese-Britz giebt einen statistischen Bericht über 491 Fälle von subcutanen Nierenverletzungen und constatirt, dass bei den nothwendig gewordenen Operationen die Operateure nach Eröffnung der Bauchhöhle mittels Laparatomie doch noch meistens einen Nierenschnitt hinzufügen mussten. R. empfiehlt daher bei den schweren Fällen, die eine Operation erfordern, primär einen ausgedehnten Lumbalschnitt zu machen. — Herr Körte-Berlin hat unter 31 Fällen von Nierenruptur 27 exspectativ behandelt; 26 Fälle wurden geheilt, 5 starben. — Auch Herr v. Beck-Karlsruhe geht nur in schweren Fällen operativ vor, während er sonst mit Ruhelagerung und Eisblase exspectativ behandelt.

Herr Heusner-Barmen empfiehlt zur Sterilisation seidener Catheter Kochen in Paraffinlösung. Auch Kochen in schwefelsaurem Ammoniak sowie in Zuckerlösung während vieler Stunden wird gut vertragen. — Herr A. Freudenberg-Berlin tritt für die Dampfsterilisation der seidenen Catheter ein, wobei die Catheter einzeln in Fliesspapier gewickelt werden.

In obigen Zeilen sind nur diejenigen auf dem Congress gehaltenen Vorträge kurz besprochen, welche für den in allgemeiner Praxis thätigen Arzt von besonderem Interesse sind; von einer Besprechung der übrigen muss leider aus Raummangel abgesehen werden.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Beta-Eucain* (das salzsaure Salz der Benzoylverbindung des bei 138° schmelzenden Vinyldiacetonalcamins) ist nach den classischen Untersuchungen von Privatdocent Dr. H. Braun (Leipzig) und Dr. Paul Heinze (Dresden), welche die verschiedensten localen Anaesthetica einer vergleichenden experimentellen Prüfung unterzogen, dem Cocain in Bezug auf seine nervenlähmende Wirkung und fast absolute Reizlosigkeit vollkommen gleichwertig und in vieler Beziehung dem Cocain unbedingt vorzuziehen. Einen specifischen Reiz übt Beta-Eucain noch weniger aus als Cocain. (Vgl. Archiv für clinische Chirurgie 1898, 57. Band, Heft 2 und Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für clinische Medicin 1898, Band 153, Heft 3.)

Die wesentlichsten Vorzüge des Eucains gegenüber dem Cocain sind folgende: 1. Es ist viermal weniger toxisch. 2. Seine Lösungen können in einfachster Weise durch Kochen sterilisirt werden und sind haltbar. 3. Es erzeugt, in die Augen eingeträufelt, keine Mydriasis, keine Accomodations- und Corneastörungen. 4. Es besitzt eine leichte antibacterielle Wirkung.

Das Beta-Eucain, welches ein farbloses, neutral reagirendes Crystallpulver darstellt, ist zu etwa 4 Procent in Wasser von Zimmertemperatur löslich. Durch Erwärmen können aber höherprocentige Lösungen leicht hergestellt werden. Im Uebrigen bedarf man in den meisten Fällen kaum höherprocentiger Lösungen als 1—4 Procent, so

	Lösungen.
in der Augen- und zahnärztlichen Praxis	1—2 Procent.
für allgemeine chirurgische Zwecke	2—4 "
für urologische Zwecke	1 "
für Pinselungen von Schleimhäuten	5 "
zu schmerzstillenden Injectionen in den Mastdarm bei Rectumcarcinom, ulcerativen Processen	3 "
für Infiltrationsanaesthesie	1/10 "

Bei 1procentigen Lösungen empfiehlt sich ein Kochsalzzusatz von 0,6 Procent. Alle Lösungen sollen stets nur körperwarm injicirt bezw. applicirt werden. Man vermeide ausserdem die Benutzung von Morphiumspritzen, da selbst die geringsten, nach gründlichem Auswaschen an Spritze und Canüle zurückbleibenden Morphiumspuren eine Schwellung der Haut nach der Aufsaugung der Eucainlösung entstehen lassen.

Mit nachfolgendem sollen einige Receptformeln für den Gebrauch des Eucains wiedergegeben werden:

Rp. Beta-Eucaini hydrochlorici 0,2
Aq. dest. 10,0

M. D. S. Zum Einträufeln in das Auge (Prof. Silex) oder zur Injection für Zahnextractionen.

Rp. Beta-Eucaini hydrochlorici 0,1
Natrii chlorati 0,8
Aq. dest. 100,0
M. D. S. Zur Injection für Infiltrationsanaesthesie (Braun und Heinze).

Rp. Beta-Eucaini hydrochlorici 0,05
Cocaini hydrochlorici 0,05
Natrii chlorati 0,2
Aq. dest. 100,0
M. D. S. Zur Injection für Infiltrationsanaesthesie (Prof. Mikulicz).

Rp. Beta-Eucaini hydrochlorici 0,6
Aq. dest. 20,0
M. D. S. 1—2 ccm zur Einspritzung in den Mastdarm. Bei Mastdarmkrebs, ulcerativen Processen im Dickdarm (Bayer).

Rp. Beta-Eucaini hydrochlorici 1,0
Olei Olivarum 2,0
Lanolini 7,0
M. f. unguentum
D. S. Zur Erzeugung einer Anaesthesie auf Schleimhäuten und auf schmerzhaften Wunden.

Rp. Beta-Eucaini hydrochlorici 1,0
Mentholi 0,2
Olei Olivarum 2,0
Lanolini ..... ad 10,0
M. f. unguentum
D. S. Aeusserlich zum Einreiben bei juckenden Haemorrhoiden, Pruritus ani, Pruritus pudendorum.

Rp. Beta-Eucaini hydrochlorici 0,03
Morphini hydrochlorici 0,01
(od. Tincturae Opii simpl. gtt. X)
Aq. dest. 20,0
M. D. S. Die Hälfte oder das Ganze in den Mastdarm einzuspritzen. Bei Mastdarmcarcinom oder ulcerativen Processen im Dickdarm (Bayer).

— *Thigenol.* Dr. Flatau berichtete in der Nürnberger medicinischen Gesellschaft und Poliklinik über seine Erfahrungen mit Thigenol „Roche" in der kleinen Gynäcologie. (Münchener medicinische Wochenschrift, Nr. 51, S. 2165.) Er hat das Präparat, das als Ersatz des theuren und stark riechenden Ichthyols auf den Markt gebracht worden ist, seit einem halben Jahre angewendet. Aus der Zahl der Beobachtungen hat Flatau 60 Fälle ausgewählt. Diese waren mit verschiedenen chronischen Erkrankungen der Genitalien afficirt und wurden bis zu ihrer Entlassung aus der Behandlung genau beobachtet. Die Verwendung des Thigenols geschah ausschliesslich in Form von 10—20proc. Thigenolglycerintampons, die selten täglich, meistens nach 48 Stunden gewechselt wurden. Die schmerzstil-

lende und resorptionsbefördernde Wirkung des Thigenols liess sich nirgends verkennen. Chronische Para- und Perimetritiden, chronische Salpingoophorectiden, mehrere frische, aber fieberfreie Exsudate, ein frisches Hämatom wurden in derselben günstigen Weise beeinflusst, wie wir es beim Ichthyol zu sehen gewohnt waren. Fast schien sogar die schmerzstillende Wirkung noch stärker zu sein. Bei Analfissuren geringeren Grades leistete Thigenol, rein aufgespinselt, dieselben Dienste wie das Hamburger Präparat. Da das Thigenol etwas billiger und ganz geruchlos ist, kann der Vortragende seine Verwendung nur empfehlen.

— Ueber *Euchinin* veröffentlicht Heinrich Levy in Berlin eine interessante Arbeit (Deutsche Praxis, 1903, No. 5.) Das Euchinin, der Aethylkohlensäureester des Chinins, ein zartes, weisses, mehliges, in Wasser schwer lösliches Pulver, wurde von v. Noorden (Zentralbl. f. innere Med., 1896, No. 48) in die Therapie eingeführt. Nach den Erfahrungen von Overlach (Deutsche Med.-Ztg., 1897, No. 15) sind die antipyretische Kraft des Euchinins wie auch seine sonstigen therapeutischen Wirkungen denen des Chinins gleichzustellen. Dabei besitzt aber ersteres vor letzterem noch einige sehr hoch anzuschlagende Vorzüge. Zunächst fällt die fast völlige Geschmacklosigkeit dem Chinin gegenüber ins Gewicht, die Bitterkeit des Euchinins ist so minimal, dass sie es gestattet, dasselbe noch als mildes Amarum zu bezeichnen; hierbei macht es keinen Unterschied, ob das Euchinin in Substanz trocken in den Mund genommen und mit einem Schluck Wasser heruntergespült oder in Oblate gegeben wird.

Ferner belästigt das Euchinin in den meisten Fällen nicht den Magen und als dritten Hauptvorzug bezeichnet Overlach die wesentliche Reduction der cerebralen Symptome, deren Gesammtbild den sogenannten Chininrausch ausmacht. Von diesen Gehirnerscheinungen bemerkt man nur das Ohrensausen, und wenn dieses vielleicht auch nicht seltener als bei Chinindarreichung und nicht nur bei höheren Dosen auftritt, so zeigt sich doch in der Art des Auftretens eine wesentliche Differenz. Während nämlich beim Chinin mit jeder Dosis das Ohrensausen sich steigert, tritt es beim Euchinin fast durchweg nur bei der ersten, zuweilen bei der zweiten Dosis auf, um dann beim weiteren Gebrauch zu verschwinden.

Alle diese, von den meisten Beobachtern bestätigten Vorzüge des Euchinins bestimmten Levy, das Präparat in einigen geeigneten Fällen zu benutzen, und zwar wandte er das Euchinin in Pulverform an, wobei es je nach dem besonderen Zwecke theils rein in Substanz, theils in Oblaten oder in Milch, Suppe, Kakao eingerührt gegeben wurde.

Erfahrungen über die Wirksamkeit des Euchinins bei Malaria und Pertussis stehen L. nicht zu Gebote. Es wurde hauptsächlich in fünf Fällen von echter Influenza versucht und dabei sowohl in seiner Eigenschaft als Antipyreticum wie in seiner Wirkung auf das Allgemeinbefinden geprüft. In drei Fällen trat die antipyretische Wirkung ganz besonders scharf hervor, indem es gelang, nach Einnahme von 1,0 einmal innerhalb vier

Stunden die Temperatur um fast 2° (von 39,6 bis 37,8), einmal um 1° (von 39,3—38,3) herabzusetzen.

Seine Auffassung über die Wirksamkeit des Euchinins bei Influenza wurde bestätigt durch die Anwendung bei zwei weiteren, ziemlich hoch fieberhaften Fällen, die mit sehr heftigen Muskel- und Kopfschmerzen einhergingen. Hier gab er regelmässig in dreistündlichen Intervallen 0,5 Euchinin zwei Tage hindurch; dasselbe wurde, ohne Nebenwirkungen hervorzurufen, gut vertragen, wirkte nur in geringem Grade antipyretisch, aber sehr günstig auf die vorhandenen Kopf- und Muskelschmerzen. Wie man nicht anders erwarten durfte, wurde der Verlauf der Krankheit zwar nicht abgekürzt, es muss aber ausdrücklich gesagt werden, dass Euchinin mindestens genau soviel leistet als alle die anderen gegen Influenza als „Specifica" empfohlenen Mittel, wobei die prompte Wirkung auf die Kopf- und Muskelschmerzen besonders hervorgetreten ist und doch andererseits ins Gewicht fällt, dass Chininpräparate zu jenen „guten, alten" Mitteln gehören, die wir ebensowenig verlassen können wie Digitalis u. a.

Der günstige Einfluss des Euchinins auf die Kopfschmerzen bei Influenza veranlasste L., es auch in zwei Fällen von periodisch wiederkehrender, zu bestimmter Tageszeit auftretender Cephalalgia zu versuchen. War dieselbe bereits vorhanden, so vermochte 1,0 Euchinin eine Milderung der Schmerzen etwa zwei Stunden nach der Verabreichung herbeizuführen. Wurde 1,0 Euchinin vier Stunden vor dem zu erwartenden Anfalle gereicht, so konnte derselbe in einem Falle verhütet werden, trat auch, als in den nächsten drei Tagen regelmässig zu derselben Zeit 1,0 Euchinin gegeben wurde, nicht wieder auf und blieb auch, als dann das Mittel ausgesetzt wurde, innerhalb der nächsten vierzehn Tage fort.

In einem zweiten Falle trat trotz vier Stunden vorher gegebener Dosis von 1,0 Euchinin Cephalalgia, allerdings in viel geringerem Maasse auf, konnte aber in den nächsten Tagen bei derselben Ordination coupirt werden.

Bei einem typischen Migräneanfall sah L. von dem Euchinin keinen Nutzen. Dagegen scheint es in einem Falle von linksseitiger Supraorbitalneuralgie die Schmerzen herabgesetzt zu haben. Leider musste hier das Präparat, von welchem in dreistündlichem Zwischenraum je 1,0 gegeben waren, ausgesetzt werden, weil eine Urticaria auf Brust-, Bauch- und Rückenhaut auftrat. Wenngleich dieselbe in zwei Tagen zurückging, war der Patient doch nicht zu weiterem Gebrauch des Euchinins zu bewegen und es bleibt demnach unentschieden, ob die Urticaria durch dasselbe hervorgerufen war resp. ob Patient eine Idiosyncrasie gegen Euchinin hatte. Er war früher wegen seiner Neuralgie bereits von anderer Seite mit Chinin behandelt worden, behauptete jedoch, danach niemals Ausschlag bekommen, wohl aber die anderen bekannten Nebenwirkungen des Chinins an sich erfahren zu haben, so dass der Verdacht auf Idiosyncrasie gegen Chinin und seine Derivate nicht ganz von der Hand zu weisen ist.

Levy bezeichnet seine Erfahrungen über die Wirksamkeit des Euchinins als günstige, so dass er nicht ansteht, die Anwendung desselben

bei der symptomatischen Behandlung der Influenza, bei gewissen Formen periodisch wiederkehrender Cephalalgia, Neuralgien und schliesslich in seiner Eigenschaft als Tonicum zu empfehlen.

— Ueber *Eunatrol und seine Wirkung bei Gallensteinkolik* macht Giuseppe Cipriani bedeutsame Mittheilung. (Deutsche Medicinal-Zeitung). In ausführlicher Weise theilt er zwei Krankengeschichten mit, aus denen mit Sicherheit hervorgeht, dass hier das Eunatrol nicht nur ein Nachlassen der Gallensteinkoliken, sondern auch eine schnelle Austreibung der im Ductus choledochus zurückgehaltenen Steine und Wiederherstellung des Gallenabflusses bewirkte. Die Wirkung des Eunatrols in diesen Fällen lässt sich in folgender Weise erklären:

Im Magen löst sich das ölsaure Natron unter Einwirkung des Magensaftes und bildet eine ölige Flüssigkeit, welche Magen- und Duodenalwand gleichmässig überzieht. Kaum berührt diese Flüssigkeit die gereizte Schleimhaut, so hört auf reflectorischem Wege der Krampf, welcher das Hauptelement des Anfalls bildet, momentan auf. Zudem tritt das in Lösung befindliche Eunatrol, sobald es ins Duodenum gelangt, in directe Berührung mit dem Vater'schen Divertikel. Hat nun ein eingeklemmter Stein den Abfluss der Galle unterdrückt, so tritt die Capillarität in Kraft und erlaubt dem Eunatrol, sich in die erschlaffte Wand des Ganges einzusaugen und bis zu dem meist einige Millimeter hinter dem Orificium eingekeilten Stein vorzudringen.

Unter der Einwirkung der Verdauungsfermente spaltet sich ein Theil des Eunatrols in eine Natriumverbindung und Oel und letzteres in Fettsäure und Glycerin, das, wenn es absorbirt wird und das Vater'sche Divertikel passirt, die Eigenschaft besitzt, Cholestearinsteine zu lösen oder wenigstens zu verkleinern. Der aufgesogene Theil des Eunatrols gelangt mit dem Blut in die Leber, befördert hier die Gallensecretion und begünstigt, indem er den Schleim löst, dessen Ausscheidung. Gleichzeitig damit hindert er die Fällung und die Vereinigung des Cholestearins zu grösseren Concrementen, indem er den als Kitt dienenden Schleim fortschafft. Indem das Eunatrol secretionsbefördernd auf die Galle wirkt und den Zufluss der Galle in die Ausführungsgänge erhöht, begünstigt es die Wanderung der Steine und ihre Ausstossung in den Darm, zumal infolge seiner directen Einwirkung die krampfhafte Contraction der Ausführungsgänge schon vorher nachgelassen hat.

Auch dient diese vermehrte Secretion wesentlich zur Reinigung der innerhalb der Leber gelegenen Gallencanäle. Es werden dadurch die Schleimpfröpfe, epitheliale Anhäufungen, kleine, sandkorngrosse Concretionen, kurz alle die Stauungsproducte fortgeschafft, die durch ihr längeres Verweilen und den damit gesetzten Reiz die Gallensteinbildung anregen.

Die guten Eigenschaften des Eunatrols rechtfertigen nicht nur seine therapeutische Verwendung, sondern gestatten auch, im Voraus festzustellen, welche Resultate der Arzt bei der Verordnung des Eunatrols erwarten kann. In Fällen von frischer Gallensteinerkrankung mit ausgeprägten

Kolikanfällen und Retentionsicterus ohne entzündliche oder infectiöse Complicationen bewirkt das Eunatrol mit fast absoluter Sicherheit sofortiges Aufhören der Schmerzanfälle, schnelle Fortschaffung der Steine, Verschwinden des Icterus und der anderen durch die Gallenstauung bedingten Symptome. Bei fortgesetztem Gebrauch verhindert es die Rückkehr der Anfälle, indem es durch seine günstige Beeinflussung der Gallenabsonderung jede Stauung hintanhält und die Concretionen im Moment ihrer Entstehung fortschafft.

— Ueber *Aristochin, ein Ersatzmittel des Chinins*, berichtet Hugo Baum, Secundararzt an der III. medicinischen Abtheilung des k. k. Kaiser-Franz-Joseph Spitals in Wien (Die Heilkunde, VII. Jahrg., Mai 1903). Das Aristochin, der Dikohlensäureester des Chinins, hat sich nach den eingehenden Untersuchungen Dreser's als das zweckmässigste Chininderivat erwiesen. Es erfüllt alle Postulate, die man an ein geschmackfreies Chininderivat stellen kann, ist mindestens so wirksam als das Chinin selbst, dabei frei von allen unangenehmen Nebenwirkungen — so sagen wenigstens die physiologischen Experimente Dreser's — und muss man dies seinen Eigenschaften und seiner chemischen Zusammensetzung nach (unlöslich im Speichel, infolgedessen geschmackfrei, leicht löslich und zum Theil resorbirbar im Magen, im Darme nicht wieder ausfallend) erwarten.

Aus den eingehenden clinischen Untersuchungen ergiebt sich folgendes Resümee: Das Aristochin ist ein Chininderivat, das alle Vortheile des Chinins aufweist, ohne dessen Nachtheile zu besitzen. Es erscheint demnach in allen jenen Fällen indicirt, in denen man bisher Chinin zu geben pflegte. Es ist 1. ein Specificum gegen Malaria; 2. ein Antipyreticum in gewissen Fieberformen, wobei allerdings ausgedehntere Versuche, speciell bei Typhus abdominalis, höchst wünschenswerth wären; 3. ein ziemlich gutes Antineuralgicum; 4. es entbehrt fast immer der dem Chinin eigenthümlichen toxischen Nebenerscheinungen, denn wir konnten unter 70 Fällen nur einmal Erbrechen (noch dazu bei einem Morbus Basedowii) und in einem anderen Falle ein Chininexanthem beobachten.

— Ueber das von der Firma E. Merck in Darmstadt bereits seit mehreren Jahren im Handel eingeführte *Stypticin* äusserte sich Professor E. Poulsson in Christiania (Norsk Magasin for Lagevidenskaben) wie folgt: Das Stypticin steht den wirksamen Bestandtheilen in den Hydrastis canadensis, die in den letzten Jahren so vielfach gegen Blutungen aus den weiblichen Genitalien angewendet werden, chemisch sehr nahe. Auch in pharmacologischer Beziehung zeigt das Stypticin Verwandtschaft zu den Alcaloiden der Hyrastis. Es ist von Gottschalk, Gaertig und anderen als Hämostaticum eingehend geprüft und bei Genitalblutungen aus verschiedenen Ursachen sehr wirksam befunden worden, namentlich bei den uncomplicirten Menorrhagien, bei Blutungen auf Basis von Retrojexion und Subinvolutio uteri und bei climacterischen Blutungen (Endometritis).

Weniger wirksam zeigte es sich bei Blutungen während der Gravidität. Es scheint im Ganzen wie Hydrastinin zu wirken. Es wird in Dosen

(Tabletten) à 0,05 g einige Male täglich gegeben und zeigt nach den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen keinerlei unangenehme oder schädliche Nebenwirkungen.

Der blutstillende Effect des Stypticins beruht wahrscheinlich auf einer Einwirkung auf die Blutgefässe. Das Mittel zeigte weder in Fällen von Wehenschwächen noch bei Partus praematurus artificialis irgend welche wehentreibende Wirkung.

— Mit dem *Mesotan bei Behandlung des Rheumatismus* hat F. Zeigan in Berlin folgende Erfahrungen gemacht: Das Mesotan, der Methoxymethylester der Salicylsäure, eine klare, gelbliche Flüssigkeit von ziemlich schwachem, doch immerhin einigermaassen stechendem Geruche, wurde mit gleichen Theilen Olivenöl gemischt in Anwendung gebracht. Um denselben zu verdecken, genügt ein Zusatz von 10 Tropfen Lavendelöl auf 100,0 des Mesotanölgemisches. Je nach der Schwere des Falles wurden die erkrankten Partien mit 15—20 g des Präparates eingepinselt und dann mit unentfetteter Watte umwickelt. Bei Muskelrheumatismus, namentlich bei Lumbago, trat in allen behandelten Fällen eine sofortige Linderung der Schmerzen, nach durchschnittlich 4—5tägiger Anwendung vollkommenes Aufhören derselben ein. Während der ganzen Zeit der Behandlung zeigte der Urin andauernd eine starke Salicylreaction. Das Präparat wurde dann weiter zur Behandlung von ausgesprochenem Gelenkrheumatismus angewandt. Es trat auch hier die acut schmerzlindernde Wirkung des Mittels in den Vordergrund und wurden die Krankheitserscheinungen vollkommen zum Schwinden gebracht. Der Erfolg des Mittels wird illustrirt durch die kurze Wiedergabe einiger Krankengeschichten.

Eine andere Anwendungsart des Mesotans haben wir in dem Mesotanpflaster, das eine Verbindung von Mesotan mit Paragummi und Harzen zu einem Pflaster darstellt. Die Erfolge, die mit demselben namentlich bei Lumbago und rheumatoider Schmerzhaftigkeit der Muskeln und Gelenke ohne Temperatursteigerung erzielt wurden, waren ebenso prompt wie mit dem Mesotan selbst und waren die Beschwerden im Durchschnitt nach 3—4 Tagen vollkommen geschwunden. Es hat dieses Pflaster vor dem Capsicin und ähnlichen Pflastern, vor den Einreibungen, die doch nur durch eine leichte Hautreizung wirken, den grossen Vorzug, dass man eine specifische Therapie ergreift. Denn dass auch in dieser Form Salicyl vom Körper aufgenommen wird, lässt sich durch deutliche Reaction im Urin nachweisen.

Der Hautreizung ist entschieden beim Mesotan ein Theil der Wirkung zuzuschreiben und erkläre ich mir daraus das acute Nachlassen der Schmerzen bei dem Mittel. Die Reizerscheinungen auf die Haut sind aber bei Zusatz von Olivenöl zu Mesotan so gering, dass sie kaum eine Röthung der Haut hervorbringen und als einziges Symptom ihres Vorhandenseins das angenehme Wärmegefühl der Haut und das sofortige Aufhören der Schmerzen zeigen. Nur in wenigen, wohl als Ausnahme zu bezeichnenden Fällen wird die Hautreizung pathologisch. Auf diese Weise verbindet

man die specifische Salicylwirkung mit jener der althergebrachten Linimente und Pflaster. Denn dass der Salicylsäure der alleinige Einfluss auf die Heilung einzuräumen ist, dürfte selbst der sceptischste Beurtheiler der citirten Fälle nicht leugnen können. Nur bei einem schweren Rheumatismus der Fuss- und Knöchelgelenke ergab sich die Nothwendigkeit, zur inneren Salicylmedication (8,0 Natr. salicyl. p. d.) überzugehen, und erwies er sich auch dieser gegenüber zehn Tage hindurch refractär.

— Ueber *Xeroform in der Kinderpraxis* berichtet E. Toff (Zentralbl. für Kinderheilkunde. März 1903): Das für äusseren Gebrauch so viel benutzte Xeroform ist für interne Anwendung noch viel zu wenig berücksichtigt worden, obwohl schon Hüppe, Heuss und Beyer dasselbe bei acuter und chronischer Enteritis mit gutem Erfolg anwendeten. Xeroform ist auch in grossen Dosen, innerlich dargereicht, vollständig ungiftig. Es übt eine auffallend desodorisirende Wirkung auf die Stühle aus und ist gleichzeitig Adstringens und kräftiges Darmantisepticum. Dem Verfasser hat es sich seit vielen Jahren als zuverlässiges und promptes Mittel bei acuten und chronischen Durchfällen der Kinder erwiesen. Im Xeroform kommt ausser der antiseptischen Wirkung des Tribromphenols und der deckenden des Bismut-Oxyds auch die analgetische des Broms in Betracht. Reynders hat schon kurze Zeit nach Eingeben von Xeroform Brom im Harn nachgewiesen. Diese analgetische Wirkung macht die Anwendung der Opiate fast immer überflüssig, deren Wirkung besonders bei Kindern so nachtheilig ist. Bei Gastritiden mit heftigem Erbrechen ist die Anwendung des Xeroforms sehr vortheilhaft; während oft jedwedes andere Medicament erbrochen wird, wird Xeroform nicht nur gut vertragen, sondern es stellt sich bald wieder die Toleranz für nährende Flüssigkeit ein.

Verordnung für Kinder bis zu zwei Jahren: 0,5—1,0 g Xeroform, 100 g Emulsio amygdal. oder Mixtura gummosa, stündlich Tags und Nachts einen Kaffeelöffel voll. Bei grösseren Kindern bis 2 g Xeroform täglich.

— A. Rahn-Krippen a. d. Elbe empfiehlt *Bromipinclystiere, besonders in der Kinderpraxis* (Therapie d. Gegenwart, 1903, Nr. 1) in allen Zuständen, welche die Bromanwendung nützlich erscheinen lassen, und zwar in der Anwendung per Clysma, weil auf diese Weise jede Reizerscheinung von Seiten des Magens ausgeschlossen ist. Er verordnet folgende Dosen: bei Säuglingen so viel Gramm, als sie Monate zählen, bei Kindern über 1 Jahr weiterhin 10—12—15 g, bei Kindern über 4 Jahre 15—20 g, bei älteren Kindern 25—30 g, bei Erwachsenen 30—40 g. Diese Dosen rührt man je nach dem Alter des Kranken auf ½—1½ Tassen lauen Thees, am besten Leinsamen- oder auch Moosthee oder mit Milch oder Thee und Milchmischung ein. In die ölige Flüssigkeit taucht man eine Gummicanüle von grauem Patentgummi und von 12 cm Länge und höchstens ½ cm Durchmesser, wie sie in jedem Bandagengeschäfte zu haben ist. Ist die Canüle durch Eintauchen in die Mischung gleitsam geworden, dann lässt man den Kranken sich auf die linke Seite legen und die Beine anziehen. Mit einer Clystierspritze von 60 ccm und mehr Inhalt spritzt man die Bromipinmisch-

ung ein oder man lässt aus einer Spülkanne den Einlauf aus gelinder (½—1 m) Höhe vornehmen. Selten wird das in den Mastdarm Eingegossene vom Kranken wieder ausgepresst. Das Bromipinclystier ist von besonderem Nutzen in der Kinderpraxis. R. hat das Bromipin bei Eclampsia infantum, ferner bei Keuchhusten, auch bei schweren, chronischen Affectionen erfolgreich angewandt. Die günstigen Erfahrungen der Autoren über Bromipindarreichung bei Erwachsenen werden vom Verf. bestätigt.

— Karwowski theilt folgendes über die *Behandlung der Gonorrhoe mittelst des citronensauren Silbers (Itrol)* mit. (Med. Woche, 1902, No. 19 und 20.) Itrol hat R. ausschliesslich angewendet in 30 Fällen von Gonorrhoe und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. Bei Zusammenfassung seiner Resultate zeigt sich, dass bei acuter Gonorrhoe zum völligen Verschwinden der Gonococcen durchschnittlich 13 (bezw. 33 Tage) bei Diätfehlern erforderlich waren, bei subcutaner durchschnittlich 12, bei chronischer durchschnittlich 14 Tage. Bei den nicht zu Ende behandelten Fällen war bedeutende Abnahme der Gonococcen zu constatiren. Das Itrol, welches die gonococcentödtende Wirkung des Argentum nitricum mit der Reizlosigkeit des Kali permanganicum verbindet, wurde in Lösungen von 0,15:1000 verwendet, und zwar bestand die Anwendungsweise in den ersten Tagen in täglichen Spülungen nach Maiocchi-Janet mittelst der Berger'schen Canüle; später folgten Einspritzungen zu Hause 2—4mal täglich von 0,03:200,0 mittelst einer dem Harnröhreninhalt angepassten Spritze. Ausserdem 1—2mal wöchentlich grosse Spülungen in der Sprechstunde. In den Fällen von Urethritis posterior liess K. die Flüssigkeit mittelst hochgehängten Irrigators und Canüle durch die Harnröhre und die Blase fliessen, worauf Patient sie spontan entleerte; dies geschah jeden zweiten oder dritten Tag. Wo stärkere Lösungen angezeigt waren, hat K. das Itrol in Salbenform benützt, und zwar mit der Tomassoli'schen Salbenspritze (Itrol 1,0, Paraffin. liquid. 10,0, Lanol. ad 50,0. M. f. ung.). — K. erwähnt, dass Werler Itrol in 200 Fällen ohne Complicationen verwendet hat, ein Resultat, das mit seinen Beobachtungen im Grossen und Ganzen übereinstimmt. Ein nicht zu unterschätzender Vortheil des Itrols ist auch dessen grosse Billigkeit.

Kleine Mittheilungen.

— Die *XIII. Jahresversammlung der American Electro-Therapeutic Association* wird am 22., 23. und 24. September ds. Jhrs. in *Atlantic City* abgehalten werden.

— Wir haben in der Juli-Nummer der prächtig ausgestatteten *bacteriologischen Wandtafel* Erwähnung gethan, welche die M. J. Breitenbach Co., die Importeure von Gude's Pepto-Mangan, haben herstellen lassen. Der betr. Notiz ist noch beizufügen, dass die Tafel nicht nur an Hospitäler, medicinische Lehranstalten etc., sondern an *jeden* Arzt, der darum ersucht, unentgeltlich abgegeben wird. Es sollte daher kein Arzt versäumen, von diesem liberalen Anerbieten der M. J. Breitenbach Co. Gebrauch zu machen.

— *Verzogen*: Dr. J. G. Weber nach 1058 Clay Avenue.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, September 1903. No. 8.

ORIGINALARBEITEN.

Haiti — Klima und Krankheiten.

Von Dr. A. Herzfeld.

Haiti li pays bon Dieu! so grüsst der eingeborene Haitianer den Ankömmling, eine Phrase die man wohl hierzulande mit „God's own country" übersetzen würde, und mit Recht, ist doch diese herrliche Insel ein wahres Paradies. Die Productionsfähigkeit des Bodens ist erstaunlich, die Vegetation wunderbar. Der faule Einwohner säet nicht und doch liefert ihm die gütige Natur eine reiche Ernte. Victor Schoelcher sagt von Haiti: „Haiti est peutêtre le point du globe le plus privilegié de la nature."

Die Temperatur der Insel ist die aller tropischen Länder; der Temperaturunterschied eines bestimmten Platzes während eines Jahres ist nicht gross. In den Bergen, die bis zu 3000 m. ansteigen, kann man vor Kälte oft nicht schlafen und in einigen Küstenstädten in der Sommerhitze zur Mittagszeit ersticken. Trotzdem muss ich bemerken, dass ich während meines Aufenthaltes in fünf der grössten Städte Haiti's in diesem Sommer die Hitze nie sehr empfunden habe, da stets eine frische See- oder Landbrise die Hitze erträglich machte. Die Nächte waren überall kühl, so dass man sich vor Erkältungen in der Nacht schützen muss und werden alle Ausländer von den Eingeborenen auf diesen Wechsel sofort aufmerksam gemacht.

Auch Haiti hat zwei Regen- und zwei Trockenzeiten, wie überall in den Tropen, doch zu verschiedenen Jahreszeiten auf

verschiedenen Theilen der Insel. Es scheint Januar, Februar, Juli und December überall auf der Insel trocken zu sein, deswegen dürfte sich wohl der Winter am besten zum Besuch der Insel eignen. Die Insel Haiti ist keineswegs ungesund, und speciell das bergige Innere des Landes ist sehr gesund. Santiago de los Caballeros ist sogar ein Curort und die Höhen um die Hauptstadt Porte au Prince sind ein sehr gesunder Sommeraufenthalt (La Coupe l'étionville). Jene Gegend wurde von Courtney sogar mit dem schottischen Hochgebirge verglichen.

Anders liegen die Dinge in den Küstenniederungen. Dort herrscht der Schmutz, Sus scrofa nigra Haitiensis, die sprichwörtliche haitianische Faulheit und Lodderwirthschaft. Zur Ebbezeit im Niveau des Meeres liegend und zur Fluthzeit vom Salzwasser bedeckt, ist diese Gegend unerschöpflich an Ausdünstungen, dazu kommt noch der Schmutz und Detritus, den die zur Regenzeit stark angeschwollenen Flüsse mit sich führen. In diesem Schmutz sieht man überall eine grosse Anzahl äusserst magerer, schwarzer, haitianischer Schweine, welche die Canalisation für die corrupte, faule haitianische Regierung besorgen. Wie in Mexico der Aasgeier, so sorgt in Haiti das schwarze Schwein als „Scavanger". Dieses Sus scrofa zeichnet sich durch lange Beine und langen Rüssel aus. In allen Küstenstädten sieht man diese Thiere wie todt, ekelerregend in den Wassertümpeln liegen. Die Küstenstädte selbst sind sämmtlich Muster der denkbar schlechtesten städtischen Verwaltung. Die Strassen und Verkehrswege sind in äusserst schlechtem Zustande, so auch die Schiffswerften und Ankerplätze. So musste unser Schiff, die „Flandria", Capt. Bode, im Hafen von Gonaives an dem durch den „Panther" in den Grund geschossenen „Crète â Pierrot" befestigt werden, im Juli 1903. Städtische Beleuchtung giebt es nirgends und muss man sich Abends der Handlaternen bedienen, will man nicht alle fünf Minuten den Hals brechen. Momentan herrscht auf der ganzen Insel Belagerungszustand.

Sobald man das schmutzige Weichbild der Stadt verlässt, ist man wie mit einem Zauberschlage in die schönste tropische Landschaft versetzt; hier sieht man Königs- und Cocosplamen, Tamarinden, Cassiabäume, Jambul, die durch ihre wundervollen rothen Blüthen weithin sichtbare Flamboyante, Cacao, Mango, Kaffee,

Mahagony, Zuckerrohr, Bananen u. s. w. Hier giebt es ein ewiges Grünen und Blühen.

Nachdem der Europäer einige Monate in Westindien ansässig, wird er oft von einem sog. Klimafieber befallen, auch Gallenfieber genannt, das sehr oft in Dysenterie übergeht. Einen solchen Fall hatte ich auf unserem zurückkehrenden Schiff zu behandeln und wurde die Behandlung dieses Patienten hier fortgesetzt. Obwohl man diesen Patienten in den Tropen Chinin giebt, schien es sich hier um eine Infection vom Darme aus zu handeln und behandelte ich den Patienten demgemäss zuerst mit Calomel und dann mit Salol. Auf jeden Fall schien mir *dieses* Tropenfieber nichts mit der Malaria zu thun zu haben. Leberabscesse sind nicht sehr selten. Viel geplagt wird man nach seiner Ankunft in den Tropen von dem sog. „rothen Hund", jene durch die Sonne verursachte Dermatitis. Als beste Behandlung fand ich Zinc Stearat Co., und das mir vielfach in Haiti mitgetheilte „nach Innen schlagen" dieses rothen Hundes wollte mir nicht recht einleuchten, es scheint sich hier um Complicationen zu handeln, verursacht durch starke Hautverbrennungen: vielleicht Ulcera im Darm. Trotz der unhygienischen Verhältnisse der Küstenstriche klagt die weisse Bevölkerung im Verniss wenig über Krankheit, doch fällt jedem Besucher das welke Aussehen der Weissen auf und ist dasselbe wohl auch vielfach auf Excesse in Baccho et in Venere zurückzuführen. Es wird in Haiti eine enorme Quantität Alcohol in der Form von haitianischem Rum verschluckt und kann vor diesem in den Tropen nicht genug gewarnt werden. Cholera ist auf Haiti noch nicht bekannt, doch hat das gelbe Fieber, „Mal de Siam", öfters dort in Epidemien gehaust, die immer von anderen Häfen eingeschleppt wurden. Die letzte Epidemie in Port au Prince war 1888—1889, und fielen derselben viele ausländische Matrosen auf Segelschiffen zum Opfer. Die Blattern sind in Haiti endemisch und gehören grössere Epidemien nicht zu den Seltenheiten. In der Epidemie 1881—1882 gingen Tausende zu Grunde, 80—100 starben in Port au Prince pro die an den Blattern, und der Tod wurde noch beschleunigt durch die an Wahnsinn grenzende grausame Behandlung der Kranken. (Vide Tippenhauer, Haiti, Brockhaus 1893.) Abdominaltyphus ist nicht selten und die

Malaria in allen Formen (fièvre pernicieuse et paludiénne) häufig. Pneumonie, acuter und chronischer Rheumatismus sind auch nicht selten in den Küstenstädten, Lepra und Elephantiasis in den niederen Volksschichten. Die Leprakranken, werden wöchentlich aus den Hospitälern entlassen, um in ihrem ekelerregenden Zustande zu betteln oder ihr Leiden für einige Centimes öffentlich zu demonstriren. Am allerhäufigsten sind Gonorrhoe und Syphilis. Erstaunlich ist die Ignoranz betreffs dieser Erkrankungen unter der schwarzen Bevölkerung Haitis. Unter „la maladie" ist immer Syphilis gemeint wie in la belle France. Die Behandlung besteht in grauer Salbe. Trotz der sehr häufigen Syphilis sind Rückenmarkserkrankungen nicht sehr häufig. „Chique" nennt sich eine Affection verursacht durch die unter die Haut eindringende Pulex penetrans. Begünstigt wird die Affection durch das immerwährende Barfussgehen. Es zeigt sich zuerst ein kleiner schmerzhafter Fleck auf der Haut des Fusses; nach Herausziehen der „Pulex" hört die Affection auf. Mir wurde mitgetheilt, dass diese Affection unter den Negern der südlichen Vereinigten Staaten nicht selten sei. (Dr. A. Reich.)

Die Küstenstädte erhalten ihr Trinkwasser aus dem Gebirge mittelst der noch von den Franzosen angelegten Röhren und Bauten (Aquaeduct). Dieses Wasser ist gut und wird zur Abkühlung in unglacirten Thongefässen gehalten. Der Weisse in Haiti trinkt sein Wasser mit Rum vermischt, „um die Bacillen darin zu vernichten."

Die Wohnhäuser in der Stadt der besseren Klasse sind nach altem spanischen Muster gebaut. Grosse, geräumige Steinbauten in dem älteren Theile der Städte, in der Neustadt aus Holz und Stein, nach allen Windrichtungen offen, mit Veranden nach jeder Seite; die Zimmer sind eher Hallen zu nennen. Zu jedem dieser Häuser gehört ein grösses Badehaus, in welchem sich ein ausgemauertes Schwimmbasin befindet, das sehr fleissig benutzt wird. Diese Badeanlagen sind ein Segen für die weisse Bevölkerung in den Tropen. Die Wohnungen der ärmeren Klassen und Landbevölkerung besteht aus Lehmhütten mit ein bis zwei kleinen Zimmern ohne allem Möbel, nur einige Thongefässe machen die ganze Einrichtung aus. Das Dach dieser Hütten besteht vielfach aus der äusseren Hülle des Palmenblattes

und theilte mir Apotheker Buch mit, dass ein solches Dach einem Zinkdach an Dauerhaftigkeit gleichkommt. Diese Hütten sind rein und so ist der haitianische Neger an seinem Körper, die vielen grossen Flüsse geben ihm genügend Gelegenheit zum Baden, und nie sah ich einen Fluss ohne badende Neger. Da in Haiti noch kein Anthony Comstock existirt, so badet Alles, Männlein und Weiblein, zusammen in der schönsten Harmonie. Auch im Innern des Landes ist der Bevölkerung Gelegenheit zum Seebad gegeben. Dort besuchte ich ein grosses Salzwasserbecken, „Laguna di Fondo", ohne Zweifel ein Ueberbleibsel des durch vulkanische Eruptionen zurückgedrängten Meeres. Diese Seen, es sind deren zwei, zeigen die übrigen Meereserscheinungen und sind eingeschlossen von einer ziemlich hohen Gebirgskette. Nach diesen Seen führt jetzt eine schmalspurige Eisenbahn von Port au Prince, die einzige in Haiti, erbaut von Tippenhauer, einem Deutsch-Haitianer. Noch ist dieses „Zügle" sehr primitiv, und würde ich dem Touristen rathen, ehe er die Reise unternimmt, die Gottheit anzurufen. Herrlich ist ein Cactuswald in unmittelbarer Nähe des ersten Sees, wohl aus 6—8 verschiedenen Cacteenarten bestehend.

Die geschäftlichen Verhältnisse sind in Haiti momentan nicht glänzend. Das ewige „Revoluzzern" schadet dem Lande sehr und liegt die Regierung stets in den Händen des Wuchers. Zur Zeit existirt kein weisser Arzt in Haiti, alle sind Neger und wurde mir von der dortigen weissen Colonie öfters mitgetheilt, dass in Haiti für einen chirurgisch gebildeten Mediciner ein ausgezeichnetes Feld sei, speciell in der Hauptstadt Port au Prince.

Nun möchte ich nicht versäumen, bei dieser Gelegenheit auf eine Apotheke aufmerksam zu machen, die von Herrn W. Buch in Gonaives, Haiti, geführt wird. Herr Buch ist aus König, Grossherzogthum Hessen, gebürtig und seit langen Jahren in Haiti ansässig. Die Apotheke selbst ist ein Muster von Reinlichkeit und Ordnung und könnte unseren New Yorker Drug Stores zum Vorbild dienen, die zu Drygoods- und Fancygoods Stores nur zu häufig herabgesunken sind, und wo man bessere Cigarren und Whiskeys als Droguen erhält. In Herrn Buch's Laboratorium sieht man, wie Alcohol destillirt, wie „Ol. Palmae Chr.", i. e. Ricinusöl, gewonnen wird, das pure drug law ist dort noch überflüssig. Herr Buch ist der be-

deutendste und kenntnissreichste Botaniker Haiti's und hat viel zur Erforschung der haitianischen Flora beigetragen. Seine botanische Sammlung dürfte jeder Universität zur Zierde gereichen.

In Haiti behandelt der „Christian Scientist" noch nicht die Lepra und Elephantiasis mit Händeauflegen und himmlischen Augenverdrehungen, und der Osteopath reibt noch nicht den tropischen Leberabscess. Glückliches Haiti.

224 West 24. Str., New York.

Der Geschlechtstrieb beim Weibe. [1])

Von Havellok Ellis, ins Deutsche übertragen von Dr. Hans Kurella.

In alter Zeit tadelte der Mann das Weib wegen seiner Begehrlichkeit oder pries es wegen seiner Keuschheit, dem neunzehnten Jahrhundert ist es aber vorbehalten geblieben, zu behaupten, dass es in der Natur des Weibes liegt, oft durch angeborene Anlage unfähig für volle geschlechtliche Befriedigung zu sein, und besonders beanlagt zu geschlechtlicher Gefühllosigkeit.

Dieser Gedanke ist anscheinnd dem achtzehnten Jahrhundert fremd geblieben. Diderot, der den Geschlechtstrieb so offen discutirt hat und der den Frauen mit so viel Sympathie gegenüber steht, deutet nie an, dass die weiblichen Fähigkeiten in dieser Richtung Mängel haben könnten. Im letzten Jahrhundert aber, und zwar in England, Deutschland und Italien, ist diese Anschauung häufig geäussert worden, und manchmal sogar als etwas Selbstverständliches, mit einer Nuance von Verachtung oder Mitleid für jedes Weib, das an geschlechtlichen Anwandlungen leidet.

Vor etwa fünfzig Jahren erlebte eine Schrift von Acton über die Function und die Störung der Geschlechtsorgane[2]) viele

[1]) Aus dem im A. Stuber's Verlage (C. Kabitsch), Würzburg 1903, erschienenen Buche: Das Geschlechtsgefühl, ein modernes Werk, das die tiefen psychologischen Probleme des Geschlechtslebens bei Mann und Frau mit ausserordentlicher Gründlichkeit behandelt. Die genussreiche Darstellung des für jeden Arzt hochinteressanten Themas kann durch vorstehende Probe am besten illustrirt werden. — Die Heilkunde, 1903, No. 9.

[2]) W. Acton, M. R. C. S., Functions and Disorders of the Reproductive Organs.

Auflagen und galt im Publicum als Hauptautorität für diesen Gegenstand. Dieses ausserordentliche Buch beschäftigt sich fast nur mit dem Manne; der Verfasser ist offenbar der Meinung, dass die Fortpflanzung fast ausschliesslich dem Manne zukommt. „Wohlerzogene Frauen" sind in England, und sollten es sein, in allen darauf bezüglichen Dingen absolut unwissend. „Ich möchte sagen, dass (zum Glück für die Gesellschaft) die meisten Frauen nicht sehr durch geschlechtliche Gefühle irgend welcher Art beunruhigt werden." Die Annahme, dass alle Frauen geschlechtliche Gefühle besitzen, betrachtet er als „niedrige Beschimpfung."

In dem Artikel über die Zeugung (Generation), den ein anderes Buch aus der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts enthält (Rees, Cyclopaedia), findet man folgende Behauptung: „Dass eine schleimige, aus den inneren Organen und der Vagina stammende Flüssigkeit manchmal beim Coitus vorkommt, ist zweifellos; aber das kommt nur bei lüsternen oder in Ausschweifungen lebenden Frauen vor." Gall behauptet entschieden, dass der Geschlechtstrieb des Mannes stärker und schwerer zu unterdrücken ist als der des Weibes. (Fonctions du Cerveau, 1825, III, S. 241—271.)

Lombroso und Ferrero behaupten, dass, wie alle Sensibilität, so auch die geschlechtliche beim Weibe weniger ausgebildet ist; „das Weib ist von Natur und von jeher erotisch kalt". Zugleich sind sie der Meinung, dass beim Weibe der Erethismus geringer, die Sexualität aber stärker ist als beim Manne. (Lombroso und Ferrero, La donna deliquente, la prostituta e la donna normale, 1893, S. 54—58. Deutsch von H. Kurella, Hamburg 1894.)

„Es ist eine ganz falsche Idee," erklärt Fehling in seiner Rectoratsrede an der Universität Basel 1891, „dass das junge Weib einen ebenso starken Trieb zum anderen Geschlecht besitzt als der Mann. . . . Das Hervortreten des sexuellen Elementes in der Liebe eines jungen Mädchens ist etwas Pathologisches." (H. Fehling, Die Bestimmung der Frau, 1892, S. 18.) In seinem Lehrbuch der Frauenkrankheiten sagt derselbe Gynäcologe — eine Autorität auf seinem Gebiet — dass seiner Ansicht nach die Hälfte aller Frauen sexuell unerregbar wären.

Krafft-Ebing ist der Meinung, dass die Frauen weniger

geschlechtliche Befriedigung verlangen als der Mann, da sie weniger sinnlich veranlagt sind. (Krafft-Ebing, Ueber Neurosen und Psychosen durch sexuelle Abstinenz [Jahrbücher für Psychiatrie. 1888. Bd. VIII, Hft. 1 u. 2].)

„Beim normalen Weibe, besonders dem der höheren Klassen," sagt Windscheidt, „ist der sexuelle Instinct erworben, nicht angeboren. Wo er angeboren ist oder von selbst erwacht, haben wir es mit einer Anomalie zu thun. Da die Frauen diesen Instinct vor der Ehe nicht kennen, so entbehren sie auch nichts, wenn sie keine Gelegenheit finden, ihn kennen zu lernen." (F. Windscheidt, Die Beziehungen zwischen Gynäcologie und Neurologie [Zentralblatt für Gynäcologie. 1896. Nr. 22 citirt bei Moll „Libido sexualis", Bd. I, S. 271].)

„Die Sinnlichkeit der Männer", sagt Moll, „ist meiner Ansicht nach sehr viel grösser als die der Frauen." (A. Moll, Die conträre Sexualempfindung, 3. Auflage 1899, S. 592.)"

„Frauen sind im allgemeinen weniger sinnlich als Männer," meint Näcke, „ungeachtet der grösseren Nervenversorgung ihrer Genitalien." (P. Näcke, Critisches zum Capitel der Sexualität. Archiv für Psychiatrie 1899, S. 341.)

Löwenfeld behauptet, dass normalen jungen Mädchen specifisch sexuelle Empfindungen absolut unbekannt sind, so dass ein Verlangen nicht existiren kann. Abgesehen von der beträchtlichen Anzahl derjenigen Frauen, bei denen das sexuelle Verlangen sich nicht einstellt, auch wenn sie schon geschlechtliche Beziehungen kennen gelernt haben, die also absolut kalt bleiben, giebt es eine noch grössere Anzahl von Frauen, mit sehr gemässigtem sexuellen Verlangen, die man also als relativ kalt bezeichnen könnte. Er fügt hinzu, er könne die Ansicht Fürbringers nicht bedingungslos theilen, nach welcher die Majorität deutscher verheiratheter Frauen sexuell unempfindlich sein soll. (L. Löwenfeld, Sexualleben und Nervenleiden. 1899. 2. Auflage, S. 11.)

Nun dürfen wir indessen nicht denken, dass diese Ansicht von den natürlichen Tendenzen des weiblichen Geschlechts überall gilt. Dieselbe ist nicht nur neueren Datums, sondern auch im Ganzen nur auf wenige Länder beschränkt.

„Wenden wir uns an die Geschichte", schrieb Brierre de Boismont, „so finden wir überall das Vorherrschen erotischer

Ideen beim Weibe." Es ist heute noch ebenso, fügt er hinzu, und schreibt diesen Umstand der Thatsache zu, dass die Männer ihre sexuellen Bedürfnisse leichter befriedigen können als die Frauen. (Des Hallucinations, 1862, S. 431.)

Nach dem Gesetzbuche Manus besitzen die Frauen sexuelle Begierden und Zorn und lieben das Bett und den Putz.

Im griechischen Alterthum richtete sich das romantische, sentimentale Liebesgefühl vorzugsweise auf Personen des eigenen Geschlechtes und war sehr verschieden von den mehr reinsexuellen Empfindungen gegenüber Personen des anderen Geschlechtes. Theognis verglich die Ehe mit der Viehzucht. In der Liebe zwischen Mann und Weib wurde letzteres immer als der activere Theil betrachtet. In allen frühgriechischen Liebesgeschichten verliebt sich zuerst das Mädchen in den Mann, niemals úmgekehrt. Aeschylos lässt sogar einen Vater die Befürchtung aussprechen, seine Töchter würden sich schlecht aufführen, wenn sie sich selbst überlassen bleiben. Auch Euripides betont die grosse Rolle des Weibes und ihre Bedeutung im sexuellen Leben. Bei Euripides denkt das Mädchen, das sich verliebt, zuerst, „wie kann ich den Mann, den ich liebe, verführen?" (E. F. M. Benecke, Antimachus of Colophon and the Position of Women in Greek Poetry, 1896, S. 34, 54.)

Nach dem arabischen Biographen und berühmten Arzt Abu-L-Faraj hat Galen in einem seiner verlorenen Werke die Aeusserung über die Christen gethan: „Viele von ihnen leben im Cölibat, ja selbst bei den Frauen kommt dergleichen vor", woraus ersichtlich ist, dass es nach Galens Meinung viel schwerer für Frauen ist, im Cölibat zu leben, als für Männer.

Dieselbe Ansicht herrscht bei arabischen Autoren vor und es giebt bei ihnen folgende Redensart: Die Sehnsucht des Weibes nach dem Penis ist grösser als die des Mannes nach der Vulva.

Dr. Coltmann erzählt aus China folgendes: „Als ein alter Herr aus meiner Bekanntschaft mich einmal besuchte, kam meine kleine fünfjährige Tochter ins Zimmer gelaufen, kletterte auf meine Knie und küsste mich. Mein Gast war hierüber sehr erstaunt und bemerkte: „Wir küssen unsere Töchter nie, wenn sie schon so gross sind; wir thun es wohl, so lange sie klein sind, aber nach drei Jahren nicht mehr, weil wir dadurch gefährliche

Wünsche in ihnen erregen könnten." (Coltmann, The Chinese, 1900, S. 99.)

In Europa war es ganz besonders die mittelalterliche Periode, in der die Doctrin von der Unenthaltsamkeit des Weibes sich entwickelte und befestigte, hauptsächlich wohl in Folge des Vorherrschens jenes ascetischen Ideals, das von Männern aufgestellt war, die im Weibe nichts als das symbolisirte Geschlechtsleben sahen. Beispiele dafür anzuführen, ist nicht nöthig, es genügt, den sehr verständlichen kleinen Vers von Jean de Meung (in dem Roman de la Rose, 903) zu citiren:

„Toutes estes, serés ou fûtes
De fait ou de volunté putes."

Durch den Humanismus und die Renaissancebewegung kam dann ein ganz neuer, anderer, mit den Frauen sympathisirender Geist in die Welt. Bald nach dieser Zeit finden wir in Frankreich und Italien die ersten Versuche einer Erforschung der sexuellen Gefühle, die oft nicht ohne eine gewisse Feinheit sind. Im 17. Jahrhundert erschien ein derartiges Buch von Venette. „In Liebessachen", erklärte Venette, „sind Männer blosse Kinder, verglichen mit den Frauen. Frauen haben in all diesen Sachen eine viel lebhaftere Einbildungskraft und haben auch mehr Zeit darüber nachzudenken, sie sind daher viel lasciver und verliebter als Männer." Das ist der Schluss, zu welchem er in dem Capitel über die Frage, welches von beiden Geschlechtern das verliebtere sei, gelangt. In einem folgenden Capitel, das von der Frage handelt, welches der beiden Geschlechter bei der sexuellen Umarmung mehr Vergnügen empfände, kommt Venette, nachdem er zugiebt, wie ungeheuer schwierig diese Frage wäre, zu dem Schluss, der Genuss des Mannes wäre grösser, der des Weibes dauerte aber länger. (N. Venette, De la Génération de l'Homme ou Tableau de l'Amour Conjugal, Amsterdam 1688.)

Schon viel früher hat Montaigne dieses Thema mit seinem gewöhnlichen Scharfsinn behandelt, und während er nachweist, dass die Männer ihre eigenen Lebensformen und Lebensideale den Frauen aufoctroyirt und von ihnen die widersprechendsten Tugenden verlangt haben — eine heute noch durchaus nicht überwundene Tendenz — kommt er zu dem Schluss, dass Frauen unvergleichlich mehr zur Liebe befähigt und feuriger darin sind als Männer, dass sie in diesen Sachen immer viel mehr wissen,

als Männer sie lehren können, denn „diese Disciplin liegt ihnen im Blut und ist ihnen angeboren". (Montaigne, Essais. III. Buch, Cap. II.)

In Scandinavien sind nach Vedeler die sexuellen Regungen beim weiblichen Geschlecht mindestens so stark als beim männlichen (Vedeler De Impotentia Feminarum, Norsk magazin for Laegevidenskaben. März 1894), und von Schweden, wo nach Dr. Eklund (Stockholm) 23 bis 33 Procent aller Geburten unehelich sind, sagt derselbe Forscher: „Wir hören kaum jemals davon sprechen, dass ein Mann ein Mädchen verführt hätte, einfach weil die sinnliche Begierde beim weiblichen Geschlechte sehr stark ist und das Mädchen in der Regel der verführende Theil ist." (Eklund, Transactions of the American Association of Obstetricians. Philadelphia 1892, S. 307.)

An der gegenüberliegenden Küste des Baltischen Meeres, im Königsberger District, hat man dieselbe Beobachtung gemacht. Geschlechtsverkehr vor der Ehe ist in den meisten Dörfern dieses Agriculturbezirks bei den arbeitenden Classen die Regel mit oder ohne Aussicht auf nachfolgende Ehe, die Mädchen sind oft der verführende Theil oder doch jedenfalls sehr willig; sie suchen ihre Liebhaber an sich zu fesseln und sie zur Ehe zu zwingen. In Pommern und der Köslinger Gegend, wo Mädchen und Männer sehr frei miteinander verkehren, kommen die Mädchen sehr oft — vielleicht gar häufiger — in die Räume der jungen Männer als diese zu den Mädchen. In einigen Gegenden um Danzig herum geben sich die Mädchen häufig freiwillig den Männern hin und verführen sie oft geradezu, manchmal, aber nicht immer, mit der Hoffnung auf nachfolgende Ehe. (Wittenberg, Das geschlechtliche Verhalten der Landbewohner im Deutschen Reiche, 1895. Bd. I, S. 47, 61, 83.)

Matthews Duncan meint, das normale Verrichten der Functionen der Schwangerschaft und des Gebärens hinge sicherlich mit einem wohlregulirten Verhalten von Verlangen und Genuss zusammen. „Begierde und Genuss", fährt er fort, „kann beim Weibe übermächtig, ausserordentlich heftig und gesteigert sein, ohne dass das Weib deshalb zu der Categorie der Irren zu rechnen wäre; ebenso kann Genuss und Begierde in gemässigter, gesunder Form auftreten, auch kann beides überhaupt fehlen

oder nur ganz schwach auftreten. (Matthews Duncan, Goulstonian Lectures on Sterility in Woman, S. 91, 121.)

Auch Mantegazza hat in mehreren seiner während der letzten 50 Jahre veröffentlichten Werke dieser Frage seine Aufmerksamkeit zugewendet und ist zu dem Schlusse gekommen, dass das Sexualgefühl beim Weibe stärker ist als beim Manne und dass die Frauen den grösseren Genuss vom Geschlechtsverkehr haben. In seiner Fisiologia del Piacere stellt er diese Behauptung auf und beruft sich dabei auf die grössere Complicirtheit des weiblichen Genitalapparats (seine grössere Oberfläche und geschütztere Lage), auf das, was er die schärfere Sensibilität des Weibes im allgemeinen nennt, auch die Passivität der Frauen etc. etc., und er meint, das sexuelle Leben würde dadurch für die Frauen verführerischer, dass es durch das Schamgefühl einerseits und sociale Gewohnheiten andererseits mit einem gewissen Mysterium umgeben ist. In einem neuerlich erschienenen Werk, Fisiologia della donna (Cap. VIII), kehrt Mantegazza zu diesem Thema zurück und sagt, langjährige Erfahrungen hätten seine Ansicht modificirt, dass die sexuellen Empfindungen beim Weibe innerhalb viel weiterer Grenzen variirten als beim Manne. Unter den Männern giebt es nur sehr wenige, die den physischen Liebesfreuden absolut kühl gegenüberstehen, während auf der anderen Seite wieder nur höchst wenige sexuell so stark empfinden, dass der Geschlechtsgenuss Ohnmacht und Convulsionen hervorruft. Unter den Frauen giebt es sowohl absolut Insensible als auch solche (wie ihm bekannte Fälle beweisen), die in einem Grade sexuell erregbar sind, dass sie nach der Umarmung ohnmächtig werden oder für mehrere Stunden in cataleptische Zustände verfallen.

Nach Dr. Elisabeth Blackwells Meinung sind Frauen stärker sexuell veranlagt als Männer. (El. Blackwell, The Human Element in Sex. 5. ed., 1894.)

„Beim weiblichen Geschlecht", sagt Clouston, „ist das Fortpflanzungsgeschäft bedeutsamer für den ganzen Organismus als beim Manne und hat breitere, wenn nicht intensivere Beziehungen zu Gefühl, Urtheil und Willensleben." (Clouston, Neuroses of Development, 1891.)

„Man kann wohl sagen," meint Marro, „dass beim Weibe das viscerale System wenn nicht intensiver, so doch in allgemei-

ner Weise auf alle Eindrücke reagirt, weil es eine sexuelle Grundlage hat, die das ganze Leben des Weibes beherrscht, wenn auch nicht als sexuelle Erregungen im eigentlichen Sinne, so doch als verwandte Regungen, die nahe mit dem Fortpflanzungstrieb zusammenhängen. (A. Marro, La pubertà, 1898, S. 233.)

Der Gynäcologe Kisch ist der Ansicht, „der Geschlechtstrieb wäre beim Weibe so wichtig, dass er zu bestimmten Zeiten ihres Lebens mit seiner primitiven Gewalt ihre ganze Natur beherrscht, so dass für Vernunftgründe auf dem Gebiete des Fortpflanzungslebens kein Raum bleibt. Im Gegentheil, das Verlangen nach Vereinigung ist da, selbst wenn zu gleicher Zeit Furcht vor der Fortpflanzung besteht, oder wenn von einer solchen gar keine Rede sein kann." Er hält das Fehlen des Geschlechtsgefühls für etwas Abnormes. (Kisch, Sterilität des Weibes, 2. Aufl., S. 205 ff.)

Eulenburg ist derselben Ansicht wie Kisch und critisirt scharf die unsicheren Behauptungen einiger Autoritäten, welche sich im entgegengesetzten Sinne geäussert haben. (A. Eulenburg, Sexuelle Neuropathie, S. 88—90. Derselbe Autor behandelt den Gegenstand in der Zukunft, 2. December 1893.)

Wir stehen also zwei ausgesprochen verschiedenen Meinungen gegenüber: Nach der einen, die über die halbe Welt verbreitet ist und ganz besonders in solchen Zeitaltern und Regionen herrscht, in denen das menschliche Leben möglichst unverhüllt zu Tage tritt — ist der sexuelle Trieb im Weibe stärker als im Manne; nach der anderen Ansicht, die heutzutage in vielen Ländern überwiegt, ist er schwächer beim Weibe, wenn man nicht gar sein vollständiges Fehlen als Norm ansehen will. Nun ist noch eine dritte Ansicht möglich: nämlich die, dass in dieser Beziehung überhaupt kein Unterschied zwischen den Geschlechtern existirt. Jedoch hat diese Ansicht keine weite Verbreitung gefunden; ihr Hauptvertreter ist wohl der französische Physiologe Beaunis.

* * *

Was nun die Ursachen angeht, welche zu der missverständlichen Auffassung und zur Verhüllung des Geschlechtstriebes bei dem weiblichen Geschlechte beigetragen haben, will ich die folgenden Mittheilungen einer Dame anführen: „Ich glaube, die

Kühlheit der Frauen ist erheblich überschätzt worden. Das theoretische Frauenideal der Männer (nach dem sie im wirklichen Leben nicht viel fragen) ist leidenschaftslos und Frauen scheuen sich zuzugeben, dass sie auch Verlangen nach sexuellem Genusse haben. Rousseau, der selbst nicht gerade zugeknöpft war, entschuldigt das Vorgehen der Frau de Warens damit, dass es nicht aus Leidenschaft hervorging, was aber eher ein erschwerender als ein mildernder Umstand sein müsste, wenn die Gesellschaft dieses Verhalten ebenso beurtheilen wollte wie alle anderen Fehler. Selbst in den modernen Romanen, die eines der sogenannten „neuen Weiber" schreibt, wird die Mutterschaft herangezogen, um den vermeintlich „niederen" Trieb zu maskiren. Dass aber doch manche Frauen sehr starke Triebe haben und unter ihrer Unterdrückung arg leiden, ist noch immer nicht anerkannt, auch nicht von den Frauen selbst.

„Ausser dem Ideale der Leidenschaftslosigkeit, welches es schwer macht, aufrichtig zu sein, führen viele Ursachen dazu, dass eine Frau sich selbst ihre Gefühle versteckt und sich für kühler hält, als sie thatsächlich ist. Dazu gehören:

„1. Unerkannte Frauenleiden, zumal nach Entbindungen. Eine meiner Freundinnen klagte darüber, dass sie seit der Geburt ihres damals drei Jahre alten Kindes keinen Genuss mehr empfände, während sie denselben früher gehabt hätte. Es gelang mir, sie zu einem Frauenarzte zu bringen, der eine erhebliche Congestion zu allen Unterleibsorganen fand; deshalb hatte sie drei Jahre lang sich und ihren Mann bedauern müssen, ohne zu wissen, warum.

„2. Die nach der ersten Entbindung sich einstellende Furcht vor den Beschwerden und Schmerzen der Schwangerschaft und Geburt.

„3. Selbst bei Präventivmassregeln herrscht ein Unbehagen und eine Unsicherheit, die stark dämpfend auf den Genuss wirkt.

„4. Die Thatsache, dass ein Mann sich nie Mühe giebt, herauszubekommen, was eine Frau individuell erotisch anregt. Eine Frau giebt sich meistens einige Mühe, herauszubekommen, was besonders auf den Mann, den sie liebt, wirkt; es sei etwas in ihrer Unterhaltung, eine Rose im Haar oder was sonst — und sie

wendet diese Erfahrung an. Aber giebt sich ein Mann je darum Mühe?

„5. Die Thatsache, dass viele Frauen ihrem Manne zu Willen sind, auch wenn ihnen jede Stimmung fehlt. Das ist so, wie wenn man ohne Appetit Gelée isst, und hat auch eine ähnliche Wirkung. Es ist ein grosser Fehler und sollte nur selten vorkommen. Der Mann mag ein ablehnendes Verhalten im Augenblicke übel aufnehmen, aber er wird lieber seltener Befriedigung suchen, an der die Frau auch theilnimmt, als oft ohne Mitgenuss der Frau.

„6. Die masochistische Neigung der Frau, sich dem Manne, den sie liebt, zu unterwerfen. Ich glaube, nichts auf diesem Gebiete wird gründlicher missverstanden. Die Männer denken immer, sie müssten, um der Achtung und Liebe ihrer Frau sicher zu sein, ihnen in kleinen Dingen den Willen lassen und sie in wichtigen Dingen zum Gehorsam zwingen. Jeder Mann, der bei einem Weibe reussiren will, sollte gerade das Gegentheil thun."

Dass nun wirklich die sexuelle Anästhesie häufiger bei Frauen als bei Männern vorkommt, ist nicht zu bezweifeln; aber man darf nicht vergessen, dass sie eine viel complizirtere Thatsache ist als Blindheit oder Ausfall des Berührungsgefühls an der Haut und dass sie nicht so leicht zu diagnosticiren ist. Meistens lässt sich höchstens sagen, dass das sexuelle Verlangen noch nicht erwacht ist und Wollust noch nie gefühlt wurde; sehr selten lässt sich feststellen, dass die Bedingungen für Verlangen und Genuss von Geburt an fehlen.

Um die Frage rationell zu lösen, muss man eine beliebige Menge unausgelesener Individuen vornehmen und sorgfältig die Beschaffenheit des Geschlechtstriebes bei den einzelnen Individuen festzustellen suchen. Das ist aber gegenwärtig sehr schwer durchzuführen und in zuverlässiger Weise überhaupt nicht. Immerhin giebt es einige Serien solcher Beobachtungen. So theilt Harry Campbell seine Ermittlungen an 52 verheiratheten Frauen seiner Krankenhauspraxis mit; es handelt sich um Frauen der niederen Stände.[1]) Sie waren nicht Patienten, sondern ihre Männer waren im Hospital und wurden auch befragt. In zwölf

[1]) Differences in the nervous organization of men and women, 1891, Kap. II.

Fällen ist der Geschlechtstrieb vor der Ehe entwickelt gewesen; bei 40 fehlte er. Von diesen 40 ist er bei 13 nie aufgetreten; überhaupt hat er sich also bei 39, also bei 75 Procent, entwickelt. In den zwölf Fällen der Entwicklung vor der Ehe erschien der Trieb meist zur Zeit der Pubertät, bei drei Fällen ein paar Jahre früher; bei zwei einige Jahre später. Wo er vor der Pubertät entwickelt war, erschien die Menstruation spät; beim dritten Falle steigerte sich der Trieb am Tage vor der ersten Menstruation fast zur Nymphomanie. In fast allen Fällen wurde angegeben, dass der Trieb beim Ehemanne stärker wäre als beim Weibe; wo das nicht der Fall war, bestand beim Manne ungewöhnliche Frigidität. Von den 13 Frauen, die in der Ehe keinen Trieb entwickelt hatten, waren fünf weniger als zwei Jahre verheirathet; Campbell bemerkt, dass er sich in diesen Fällen sehr wohl noch entwickeln könne. Bei zwei Drittel der Fälle hatte sich der Trieb während der Menopause, und zwar meist allmählich, verringert; bei den übrigen hatte sie den Trieb nicht verändert. Das wichtigste allgemeine Ergebniss ist nach Campbell, dass „der Geschlechtstrieb beim Weibe erheblich geringer ist als beim Manne", mit dem Zusatze, dass „der Geschlechtstrieb beim civilisirten Weibe eine Tendenz zur Atrophirung hat"[1]).

Der bekannte Gynäcologe M. Duncan giebt in seiner Arbeit über die Sterilität beim Weibe eine Tabelle, die sich zwar auf einen anderen Gegenstand bezieht, hier aber von Interesse ist. Duncan, der annahm, dass die Entwicklung des Geschlechtstriebes eine erhebliche Bedeutung für die Fruchtbarkeit des Weibes hat, fand, dass unter 191 Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren, die steril waren, 79 Procent Geschlechtstrieb hatten, während 68 Procent angaben, beim Coitus Wollust zu fühlen. Wurden die wenigen Fälle über 35 Jahre weggelassen, so zeigte es sich, dass die grösste Zahl bejahender Antworten, sowohl bezüglich des Geschlechtstriebes wie des Wohllustgefühls, sich in der Altersklasse 30 bis 34 Jahre fand. Duncan hält das Fehlen des Geschlechtstriebes oder des Wollustgefühls beim Weibe für etwas durchaus Abnormes.

Ein anderer Autor, nicht Mediciner, der sexuelle Probleme mit viel Erfahrung und Beobachtungsgabe erörtert hat, macht zwar nicht den Versuch, die Stärke des weiblichen Geschlechtstriebes in der Norm zu bestimmen, aber er zeigt, dass hochgradige

sexuelle Anästhesie beim Weibe stark prävalirt und beschreibt kurz elf Fälle aus dem Kreise seiner Bekannten, von denen übrigens drei homosexueller Neigungen verdächtig sind. Er kommt zu dem Ergebniss, dass englische Frauen sehr oft geschlechtlich kalt sind und dass das Phänomen eine grosse sociale und ethische Bedeutung hat.[1])

Grössere Beobachtungsreihen aus anderen europäischen Ländern sind mir nicht bekannt geworden, soweit es sich um normale und gesunde Frauen handelt; dagegen liegen interessante Beobachtungen an nicht völlig normalem Materiale vor. So hat Gattel in der Krafft-Ebing'schen Klinik 42 Frauen genau beobachtet, die fast alle im Alter der Geschlechtsblüthe waren und an unbedeutenden nervösen Affectionen, meist Hysterie oder Neurasthenie, litten, im Uebrigen aber gesund waren. (Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose, 1898.) Mindestens 17 davon hatten masturbirt, vor oder nach der Verheirathung. Vier gaben an, dass sie durch den ehelichen Verkehr nicht befriedigt würden, aber es handelt sich bei ihnen immer um Coitus interruptus; die Klage über das Ausbleiben der Befriedigung zeigt, dass die Anlage dazu nicht ganz fehlt. In allen anderen Fällen besteht sicher Verlangen, Erregung und Befriedigung, und in einer grösseren Zahl von Fällen ist der Geschlechtstrieb sehr stark entwickelt. Diese Reihe von Fällen ist wegen der Sorgfalt der Ermittlung werthvoll. Ihre Interpretation hängt davon ab, wie man die ätiologische Bedeutung des Sexuallebens für die Neurosen auffasst. Gattel schreibt geringen sexuellen Störungen eine grosse Bedeutung in dieser Beziehung zu; stellen wir uns auf diesen Boden, so muss der Geschlechtstrieb bei diesen Frauen für viel stärker als im Durchschnitt gelten.

Pfister theilt mit, wie sich der Geschlechtstrieb nach der Entfernung der Ovarien in 116 Fällen verhalten hat. (Die Wirkung der Castration auf den weiblichen Organismus, Arch. f. Gynäcologie, 1898, S. 583.) Bei 13, wovon drei unverheirathet, wurde angegeben, dass geschlechtliche Regungen nie vorgekommen wären; zwei sprachen mit Ekel von sexuellen Dingen; in

[1]) Geoffroy Mortimer, Chapters on Human Love, 1898, Kap. XVI.

zwölf Fällen blieb die Frage zweifelhaft. In allen anderen Fällen ist sexuelles Verlangen einmal dagewesen, in zwei oder drei Fällen scheint seine Stärke an Nymphomanie gegrenzt zu haben. In 30 Fällen, wozu keiner mit vorher starkem Triebe gehörte, verschwand der Trieb nach der Castration, bei einigen wenigen wurde er verringert, bei allen übrigen blieb er unverändert. Von 94 verheiratheten Frauen gaben also 91 die Existenz des Geschlechtstriebes zu, drei bestritten sie.

Schroeter hat das Geschlechtsleben von 402 geisteskranken Weibern der Irrenanstalt in Eichberg beobachtet. (Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 46, 1899, S. 321 ff.)

Es ist nicht anzunehmen, dass Irre eine besonders grosse sexuelle Erregbarkeit haben, wenn der Trieb auch bei ihnen weniger gehemmt erscheinen kann; fehlen entsprechende Erscheinungen, so kann das auf den Einfluss der Krankheit, der Internirung oder auf intacte Selbstbeherrschung zurückzuführen sein.

Von den 402 Kranken waren 166 verheirathet, 236 unverheirathet; Schroeter theilt sie in vier Gruppen: solche unter 20 Jahre; zwischen 20 und 30; zwischen 30 und 40; über 40 bis zur Menopause. Viele der Kranken gehörten zu den untersten Klassen, nur etwa 25 Procent derselben konnten als heilbar gelten. Mit dem Fortschreiten psychischer Leiden pflegt aber das Geschlechtsleben zu verschwinden. Schroeter zählt nur diejenigen Fälle, bei denen regelmässig während der Menstruation sexuelle Phänomene deutlich auftraten. Das war zu Beginn der Menstruation bei 141 der Fall, und zwar bei 72 Procent der ersten nur aus unverheiratheten Personen bestehenden Gruppe. 181 Patienten zeigten niemals sexuelle Erscheinungen; 80 hatten solche in der intermenstruellen Zeit, aber nie während der Menses. In allen Altersklassen waren sexuelle Erscheinungen bei Unverheiratheten häufiger als bei Verheiratheten, dieser Unterschied war aber in den höheren Altersklassen immer geringer.

Schroeter ist der Ansicht, dass bei Irren der niederen Stände sexuelle Erregung gewöhnlicher ist als bei denen der höheren Stände. Von 184 weiblichen Insassen einer Privatanstalt zeigten nur 13 (6.13 Procent) regelmässig ausgesprochene sexuelle Erregung zur Zeit der Menses. Er deutet aber an, dass das auf grösserer Selbstbeherrschung beruhen kann.

Diese Untersuchungen sind interessant, sie beziehen sich aber

nur auf die gröbsten und stärksten sexuellen Aeusserungen unter Aufhebung der bei geistiger Gesundheit vorhandenen Selbstbeherrschung.

Mein eigener Beitrag zu der Frage besteht in der Auswahl von zwölf Fällen von Frauen, über deren geschlechtliche Entwicklung ich genau unterrichtet bin. Hier trat in zwei Fällen ein ausgesprochenes Geschlechtsgefühl von innen heraus im Alter von 7 bis 8 Jahren auf, vollständiger Orgasmus aber erst einige Jahre nach der Pubertät; in zwei Fällen regte sich das Geschlechtsgefühl spontan einige Monate oder höchstens ein Jahr nach der ersten Menstruation, die zwischen 12 und 14 Jahren auftrat; in einem anderen Falle trat das Geschlechtsgefühl bald nach der ersten Menstruation auf, jedoch nicht spontan, sondern unter den Anregungen seitens eines Liebhabers; in den übrigen Fällen entwickelte sich das Gefühl bestimmt und bewusst erst nach abgeschlossener Entwicklung (im Alter von resp. 26, 27, 34, 35), in zwei Fällen in Folge eines Liebesverhältnisses, in den anderen Fällen in Folge eigener Manipulationen, die aus Neugierde oder zufällig vorgenommen wurden. Das erst im reiferen Alter erwachte Gefühl war, was bemerkenswerth ist, ebenso stark, wie das in der Pubertät entstehende. Von diesen zwölf Frauen haben neun eine Zeit lang masturbirt (vier kurz nach der Pubertät, fünf im reifen Alter), aber, ausser in einem Falle, nur selten und mit langen Unterbrechungen. Alle gehören dem Mittelstande an, zwei oder drei führen ein behagliches, wenn auch nicht müssiges Leben, alle anderen haben einen Beruf oder ein Amt und müssen nicht selten angestrengt arbeiten. Sie sind von sehr verschiedener Begabung und Characteranlage; alle sind gesund, während zwei oder drei von ihnen als etwas abnorm veranlagt gelten können.

Die Erlebnisse dieser Frauengruppe können wohl als ziemlich typisch für die Frauen des Mittelstandes gelten. Ich verfüge nun noch über eine andere Gruppe von 33 Fällen im Alter von 18 bis 40 Jahren, die sich in jeder Hinsicht mit der kleineren Gruppe vergleichen lässt; nur sind meine Ermittlungen bei ihnen zwar sicher, aber nicht sehr vollständig ausgefallen. Fünf Individuen dieser Gruppe kennen nach ihrer Angabe sexuelle Gefühle überhaupt nicht; es handelt sich um durchaus keusch lebende, unverheirathete Personen; in 18 Fällen ist der Ge-

schlechtstrieb stark und wird von den Personen selbst so bezeichnet; in neun Fällen ist er nur mässig stark; in drei Fällen lässt er sich nur schwer erregen und ist dann schwach; bei einer dieser Frauen zeigte er sich erst zwei Jahre nach der Hochzeit, von einer anderen wird die Erschöpfung und Qual durch häusliche Sorgen als Ursache angeführt. Alle mit höherer Intelligenz oder lebhafterer Energie begabten Frauen zeigen starken Geschlechtstrieb, und auch schwere körperliche oder geistige Anstrengung hat nie, auch nicht, wenn sie gerade zur Verdrängung des Geschlechtsgefühls unternommen wurde, erheblich dämpfend gewirkt. Diese Beobachtungen lehren dasselbe, wie die deutscher und österreichischer Mediciner an Frauen des Mittelstandes, aber sie widersprechen den Ermittlungen von Campbell bei Londoner Arbeiterinnen. Nun begünstigen die Lebensverhältnisse der besser Gestellten die Entwicklung des geschlechtlichen Lebens, während der in London so besonders schwere Kampf um die Existenz und die schlechten hygienischen Verhältnisse der Londoner Arbeiter dieser Entwicklung ungünstig sind. Möglicherweise ist die Zahl der geschlechtlich erregbaren Frauen in dem Materiale Campbell's wirklich geringer als in meinem. Ernsthaftere Bedenken aber veranlasst die gewählte Methode der Ermittlung.

Ein ausserhalb seines Handwerks intellectuell unentwickelter Arbeiter mag vielleicht die sexuellen Gefühle seiner Frau erregen und ihr Auftreten bemerken, er mag auch bereit sein, darauf bezügliche Fragen wahrhaftig zu bearbeiten; aber er ist kein massgebender Beobachter. Wenn nun Campbell's Material nicht ganz sicher sein mag, so halte ich doch seine Schlüsse im allgemeinen für richtig — es sind auch die von Mantegazza —, dass hier die grössten Verschiedenheiten vorkommen und dass es kein Lebensalter giebt, in welchem der Geschlechtstrieb nicht beim Weibe auftreten könnte. Ein Dame, die das Vertrauen sehr vieler Frauen gefunden hat, theilt mir mit, dass sie nie ein Weib ohne Geschlechtstrieb gefunden hat; ich selbst bin überzeugt, dass es sehr schwer ist, ein Weib zu finden, dem die Anlage für geschlechtliches Empfinden ganz fehlt, wenn auch seine Entwicklung vorübergehend oder dauernd durch die verschiedensten Umstände gehindert werden kann.

Zugleich bin ich überzeugt, dass unter den englischen und

amerikanischen Frauen, auf die sich meine Beobachtungen beschränken, relativ viele zu finden sind, die geschlechtlich schwach empfinden. Dabei ist zwar eine latente geschlechtliche Anlage da, aber der Geschlechtstrieb ist mangelhaft, so dass sexuelle Erregung und Befriedigung nicht zu Stande kommt.

Das ergiebt sich nicht bloss aus der beträchtlichen Zahl solcher Fälle meiner eigenen Casuistik, wo nur ein mässiger oder schwacher Geschlechtstrieb nachweisbar war; ich habe auch hinreichendes Material dafür, dass der zu Beginn des Geschlechtsverkehrs normalerweise vorhandene Schmerz in vielen Fällen nie durch ein Lustgefühl verdrängt wird. Manchmal mag das auf Dyspareunie beruhen, manchmal auf völliger Anästhesie der Genitalien, die angeboren oder durch Hysterie bedingt sein kann. Ich besitze Angaben über den Fall einer verheiratheten Dame, die nie im Stande gewesen ist, sexuellen Genuss zu erfahren, obschon sie mit mehreren Männern verkehrt hat, theils um das Gefühl kennen zu lernen, theils um ihnen gefällig zu sein; gerade dass sie kein stärkeres Motiv für ihre Hingebung hatte, spricht für einen angeborenen Defect sowohl in der physischen wie in der psychischen Sphäre. In der Regel handelt es sich aber nicht um eine absolute Anästhesie, sondern um eine durch verschiedene Gründe bedingte Abneigung gegen die Vollziehung des Coitus, um ein Fehlen des sexuellen Impulses oder die Unfähigkeit, in Orgasmus zu gerathen.

Eine Dame, die eine grosse Familie hat und eine bedeutende Rolle in der Frauenbewegung spielt, hat wiederholt mit mir über das häufige Vorkommen angeborener sexueller Anästhesie, das sie keineswegs für bedauerlich hält, correspondirt. Bei ihren eigenen Kindern ist nach ihrer Meinung der Geschlechtstrieb sehr schwach entwickelt, denn die Knaben kümmern sich nicht um Mädchen und die Töchter sind Männern gegenüber kalt und denken nicht ans Heirathen; dabei sind sie alle intelligent und liebreich und die Mädchen haben eine zarte, feine Art von Schönheit, wie die den Brief begleitenden Photographien zeigten. Der ganze Kreis der Blutsverwandtschaft dieser Familie ist ähnlich veranlagt, zugleich ist allen Langlebigkeit, Gesundheit und Abneigung gegen alle Ausschreitungen eigen. Nun brauche ich kaum zu sagen, dass auch die intelligenteste Mutter nicht immer competent ist, etwas so Zartes und die Verborgenheit Liebendes,

wie den Geschlechtstrieb, bei ihren Kindern nach seiner Stärke zu beurtheilen. Ich will jedoch keineswegs bezweifeln, dass Schwäche des Triebes eine Familien- oder selbst Stammeseigenschaft sein könne, der noch die Fortpflanzung ermöglicht, bei sehr geringer Neigung für die Ehe. Solche Familien besitzen oft einen Typus zarter Schönheit. Aber auch wenn die Gesundheit im allgemeinen gut ist, besteht meist ein gewisser Mangel an Lebensfrische.

Ich halte jede Form sexueller Anästhesie, die relative wie die absolute, für etwas Abnormes. Selbst vom niedrigsten Standpunkte aus betrachtet, muss die Befriedigung des Fortpflanzungsdranges mindestens so viel Befriedigungsgefühl gewähren, wie die Defäcation; und wenn wir, wie es doch geschehen muss, die Dinge von einem höheren Standpunkte aus betrachten, kann eine Handlung, die zugleich das höchste Symbol und die grösste Gunst der Liebe ist und den Gipfelpunkt schöpferischer Thätigkeit bezeichnet, unter normalen Verhältnissen nur der genussreichste Act sein, oder er müsste allem, was wir in der Natur finden, aufs äusserste widersprechen.

Die trotz aller Hemmungen unzweifelhafte Natürlichkeit des Geschlechtstriebes beim Weibe zeigt sich deutlich aus der Häufigkeit seiner instinctiven Aeusserungen in der Jugend des Weibes. Solche Erscheinungen treten besonders deutlich in den ersten Jahren nach erreichter Pubertät auf und sind um so eindringlicher, wenn man an die relativ passive Rolle des Weibes bei der Werbung und den gewaltigen socialen Druck denkt, der das Weib zu unnatürlicher Uebertreibung seiner Passivität nöthigt. Was ich meine, kommt nicht nur vorwiegend bei ganz jungen Mädchen vor, sondern auch bei den unschuldigen und unverdorbenen. Die schon angefaulten wissen solche offene Zeichen wohl zu verbergen. Daran muss man denken, wenn man junge Mädchen in flagranti bei sexuellen Dingen findet.

Aber auch im reiferen Alter sind die Frauen sexuell keineswegs so passiv, wie die Convention es will und behauptet. Gewiss wird jedes Weib durch einen älteren und erfahrenen Mann ins Geschlechtsleben eingeführt. Andererseits erhält aber fast jeder Mann seine Einführung durch die entschiedene Initiative seitens eines älteren und erfahrenen Weibes. Man vergisst zu

oft, dass der Verführer gewöhnlich erst durch eine Verführerin eingeweiht worden ist.[1])

Ein Arzt schreibt mir darüber, „dass die meisten Jungen erzählen werden, dass, wenn ein Dienstmädchen mit ihnen schlafen darf, sie immer solche Manipulationen anfangen wird. Entweder steigt das Mädchen zu dem Knaben ins Bett, kitzelt ihn, versucht eine Immissio penis und lässt ihn coitusähnliche Bewegungen versuchen, oder sie sucht ihn durch Masturbation zu erregen und zu interessiren und zeigt ihm an sich oder an seinen Schwestern die Geschlechtsspalte, die sie ihn betasten lässt. So wird mancher Junge vom Kindermädchen ruinirt, einfach weil das Mädchen in den Genitalien etwas Mysteriöses sieht und nichts Bestimmtes davon weiss. Ich kenne einen Fall, wo in einem eleganten Viertel Londons ein Kindermädchen die Kinder der Nachbarhäuser, alle aus guten Familien, versammelte und sich, wenn es dunkel wurde, in einem Gartenhause von den Knaben an der Vulva besehen und befühlen liess, die 12- bis 14-jährigen Knaben sogar zum Coitus veranlasste. Mädchen fürchten sich, schwanger zu werden, und lassen nicht gern den Penis eines Erwachsenen zu. Meiner Meinung nach sollte man viel höhere Ansprüche an die Qualification der Kindermädchen stellen, als gewöhnlich geschieht.

Lawson Tait warnt davor, Kinder jemals mit Dienstboten schlafen zu lassen, und bemerkt, dass jedesmal, wenn er mehrere Kinder mit Masturbation behaftet fand, die Contagion von einem Dienstmädchen ausgegangen ist. (Diseases of Women, 1889, S. 62.) Freud hat gefunden, dass in Fällen von schwerer Hysterie in früher Jugend der Ausgangspunkt sich oft in Gestalt geschlechtlicher Manipulationen von seiten eines Dienstmädchens, eines Kinderfräuleins oder einer Gouvernante nachweisen lässt.

Das noch unentwickelte kindliche Nervensystem muss durch solche Ueberreizung geschädigt werden; so berichtet Hutchinson einen Fall von Amblyopie, der sich bei einem Knaben entwickelte, als sein Bett ins Mädchenzimmer gestellt worden war.

---

[1]) So theilt mir ein bekannter in Chicago lebender Arzt mit, dass er bei einer Enquete fand, dass von 25 verheiratheten Männern aus dem Mittelstande 16 zuerst durch eine Frau verführt worden waren.

Auch Moll (Conträre Sexualempfindung, 3. Aufl., S. 325) berichtet über häufige sexuelle Practiken von 18- bis 30jährigen Dienstmädchen mit 5- bis 13jährigen Knaben. Auch Tissot erwähnt vor mehr als hundert Jahren in seinem bekannten Buche über die Masturbation, dass Dienstmädchen oft Knaben dazu veranlassen, auch der noch früher lebende englische Verfasser der Onania erwähnt das. Ja schon Rabelais lässt die Erzieherinnen Gargantuas mit seinem Gliede spielen, bis es feucht wird, und miteinander darüber ihre Spässe machen. (Gargantua, L. I. Cap. 90.)

Das häufige Vorkommen solcher Dinge bei Dienstmädchen deutet auf entsprechende Gewohnheiten der Mädchen der niederen Stände überhaupt. Auch wenn solche Handlungen ganz überlegt ausgeführt zu sein scheinen, darf man bei ihrer Beurtheilung nicht vergessen, dass in diesem Alter der Geschlechtstrieb ganz impulsiv zur Geltung kommt. Das zeigen die Beobachtungen der Irrenärzte. So fand, wie oben erwähnt, Schroeter, dass unter den jüngeren Irren aus niederen Ständen spontane sexuelle Erscheinungen während der Menstruationen in der Häufigkeit von 72 Procent vorkamen. Bei Mädchen der höheren Stände wird selbst im Irresein der Trieb durch guten Geschmack, feines Gefühl oder den Einfluss der Erziehung oder Tradition eingedämmt oder in seinen Erscheinungen verfeinert; deshalb sollte man nur solchen Mädchen seine Kinder anvertrauen.

Hoche berichtet über einen Fall von Exhibition, bei dem der Thäter seine Genitalien den Dienstmädchen im Hause zeigte, die sich offenbar darüber amüsirten. Gewiss hat manchmal der Exhibitionist in Folge früherer Erfahrungen Grund zu der Annahme, dass er Vergnügen bereitet. Ein Correspondent theilt mir Thatsachen darüber mit, dass er mit seinen Kameraden von halberwachsenen Mädchen der unteren Klassen beim Baden belauscht wurde. Die Neugierde, sei es in der Form des Verlangens nach Wissen oder nach Sensation, kommt natürlich nicht nur bei Weibern der unteren Klassen vor, wenn sie bei ihnen auch weniger Hemmung durch Geschmack und Anstand findet. Ein Correspondent theilt mir z. B. folgende Erinnerung mit: „Als ich acht Jahre alt war, spielte ich einmal in einem abgelegenen Zimmer mit einem Mädchen von 12 oder 13 Jahren. Sie gab mir einen Federhalter, postirte sich auf Knien und Ellbogen

vor mich und forderte mich auf, ihr den Gegenstand von hinten in die Vulva zu stecken. Dabei sah ich die weiblichen Genitalien zum ersten Male und war etwas chokirt, so dass sie mir sehr zureden musste, bis ich ihr den Gefallen that, was ihr dann nach ihrer Versicherung sehr wohl that; ich musste das noch verschiedene Male bei anderen Gelegenheiten wiederholen. Ein Beamter erzählt mir, dass ihn, als er ein Junge von zehn Jahren war, ein Mädchen von 16 bat, ihr die Schuhe aufzuschnüren; sie forderte ihn dabei auf, mit seiner Hand höher zu gehen, und immer höher, bis er ihre Genitalien berührte und ihr schliesslich auf Verlangen den Finger ins Vestibulum steckte. Das Mädchen war sehr schön und liebenswürdig und der Liebling der Mutter dieses Knaben; Niemand ahnte etwas von diesem Hange bei ihr."

Von Interesse sind in dieser Richtung auch die Ermittlungen, welche Wolbars über das Vorkommen des Trippers bei Knaben der New Yorker Bevölkerung, vornehmlich der von russischen Juden und Süditalienern bewohnten Quartiere gemacht hat. Er sagt darüber: „Ich habe drei Fälle von gonorrhoischer Urethritis beobachtet bei vier-, zehn- und zwölfjährigen Knaben, die in der gewöhnlichen Weise von Mädchen im Alter von zehn bis zwölf erworben worden waren. In jedem dieser Fälle hatte nach Angabe der Patienten das Mädchen die Initiative ergriffen und in einem Falle, dem eines vier Jahre alten Knaben, war der Act durch Drohungen von dem Mädchen erzwungen worden." (Journ. of the Amer. Med. Association, 28. Sept. 1901.)

Gibb bemerkt über Nothzucht durch Mädchen, dass solche Fälle sicher häufiger vorkommen, als man denkt, wenn sie auch in Folge der Schwierigkeiten der Beweisführung selten öffentlich bekannt werden. (S. den Artikel „Indecent assault upon children" in: McFane Hamiltons System of Legal Medicine, I, S. 631.) Gibb ist consultirender Arzt der New Yorker Gesellschaft für Kinderschutz und muss oft solche Fälle genau untersuchen.

Wir wollen hier erwähnen, dass die sexuelle Neugier, die sich an kleinen Kindern versucht, bei Mädchen während der Pubertätszeit ein irregeleiteter, aber durchaus nicht krankhafter Impuls ist, aber bei älteren Frauen sehr wohl pathologischen Ursprungs sein kann. Kisch berichtet den Fall einer gebildeten, wohlerzogenen Frau von 30 Jahren, die seit neun Jahren verhei-

rathet war, ohne je sexuelle Freude am Coitus zu empfinden. Vor längerer Zeit indessen hat sie den lebhaften Drang empfunden, mit den Genitalien kleiner Kinder, gleichviel welchen Geschlechts, zu spielen und dabei sexuelle Befriedigung gefühlt. Sie suchte diesem Antrieb so viel als möglich zu widerstehen, aber während der Menstruation war er oft übermächtig. Eine Untersuchung ergab erweiterten retroflectirten Uterus und Anästhesie der Vagina. (Kisch, Die Sterilität des Weibes, 1886, S. 103.) Der psychologische Mechanismus, durch welchen eine Frau mit anästhetischer Vagina zu einem lebhaften Widerwillen gegen den normalen Coitus und normale Geschlechtstheile getrieben wird, während ihre sexuellen Gefühle mehr durch infantile Formen angeregt werden, ist hier nicht schwer zu finden.

Es kommt nicht allzu oft vor, dass die sexuellen Angriffe von Mädchen und jungen Frauen auf kleine Knaben — so häufig sie auch sein mögen — in forensischer Beziehung interessant sind. In Frankreich gab es im Laufe von zehn Jahren (1874—1884) nur 181 Anklagen gegen Frauen, meist zwischen 20 und 30 Jahren, wegen Sittlichkeitsverbrechen gegen Kinder unter 15 Jahren. (Paul Bernard, Viols et Attentats à la pudeur. [Archives de l'Anthropologie criminelle 1887].) In England lassen sich solche Anschuldigungen gegen junge weibliche Personen leicht umgehen. Ist sie unter 16 Jahren, so schützt sie das Criminal Law Amendment von 1892 und sie kann nicht gestraft werden. In allen anderen Fällen kann sie sehr leicht die Sympathie auf ihre Seite bringen, indem sie vorgiebt, nicht der angreifende Theil, sondern das Opfer zu sein. Fälle von sexuellen Attentaten auf Mädchen und Frauen, wenn sie auch ohne Zweifel vorkommen, sind doch keineswegs so häufig, als man nach der Zahl derartiger Anschuldigungen glauben sollte.

Während einer bestimmten Zeit wurden in allen vorkommenden Fällen (zusammen 70) zufolge einer Verfügung der Behörde die betreffenden Frauen Dr. Lawson Tait vorgeführt. Alle Anschuldigungen waren auf Grund der eben citirten Gesetznovelle erhoben. Nur bei sechs Fällen konnte Tait zu einer strafrechtlichen Verfolgung der Männer rathen, die in allen Fällen zur Verurtheilung führte. Bei sieben anderen Fällen, in denen die Polizei Anklage erhob, erfolgte Freisprechung oder sehr milde Bestrafung, 26 Fälle waren lediglich aufgebauscht.

Das Durchschnittsalter dieser Mädchen war zwölf Jahre. „In der Beschreibung dieser Kinder von dem, was mit ihnen vorgenommen worden," sagt Mr. Tait, „fehlte auch nicht ein einziges Wort aus dem sexuellen Jargon, das mir je zu Ohren gedrungen war. Ja sie bildeten förmlich ein ganz neues Vocabularium über diesen Gegenstand, und die ausführlichen genauen Schilderungen des sexuellen Actes, wie sie kleine Dinger von zehn und zwölf Jahren geben, würden einem Mirabeau alle Ehre machen. Es ist erstaunlich, woher so junge Kinder diese Kenntniss haben." „Was nun das Wort, ‚verführt' anbelangt," sagt derselbe Autor, „so möchte ich noch hinzufügen, dass diejenige Klasse von Frauen, aus der sich alle hierher gehörigen Fälle recrutiren, dieses Wort in durchaus anderem Sinne als dem landläufigen anzuwenden scheint; für sie bedeutet die ‚Verführung' nicht einen Process, in welchem männliche Niedertracht durch abgefeimte Künste die weibliche Zurückhaltung und Tugend überwindet, sondern einfach den Zeitpunkt, an welchem irgend ein bestimmtes Ereigniss in ihrem Leben zum ersten Male eintritt, und ihrer Anwendung des Wortes nach würde man in der alten biblischen Legende, wenn sie den gewöhnlichen Ausgang genommen und Joseph den Verlockungen gegenüber weniger standhaft gewesen wäre, ganz einfach von der ‚Verführung der Frau Potiphar' sprechen."

Die Ansicht Lawson Taits, dass sexuelle Attacken auf Frauen, wenn sie auch ohne Frage vorkommen, doch viel seltener sind, als man uns glauben machen möchte, wird von vielen Autoritäten auf medico-legalem Gebiet getheilt. (S. z. B. Vivian Poores, Treatise on Medical Jurisprudence S. 325.) Dieser Autor sagt u. a.: „Ich bin durchaus der Ansicht, dass eine Frau ebensogut einen Mann vergewaltigen kann, wie umgekehrt." Ohne Zweifel wird die Behauptung, das Opfer eines sexuellen Angriffes zu sein, sehr oft von Frauen als bequemstes Vertheidungsmittel benützt, wenn ihre intimen Beziehungen zu einem Manne offenkundig geworden sind; sie sind von der landläufigen Ansicht durchdrungen, dass eine „respectable" Frau keine sexuellen Impulse haben darf, nach deren Befriedigung sie sich sehnt, dass sie, um zu verbergen, was, wie sie weiss, als etwas Schamloses, Verderbtes und zugleich ganz Thörichtes gilt, zu dem Mittel greifen, sich als Opfer hinzustellen und zu behaup-

ten, es wäre alles gegen ihren Willen geschehen. „Und nun frage ich Sie, meine Herren," hörte ich einmal einen erfahrenen Anwalt in seiner Anrede an die Geschworenen sagen, „nun frage ich Sie als Männer von Welt, haben Sie jemals eine einzige Frau gekannt oder von einer gehört, die sich frei dazu bekannte, sexuelle Beziehungen zu haben, und nicht behauptet hätte, sie wäre nur durch Anwendung von Gewalt zu solchen Beziehungen gezwungen worden?" Diese Behauptung geht wohl etwas weit, aber es steckt doch etwas Wahres in der Meinung dieses „Mannes von Welt". Man erinnere sich nur an Etienne de Bourbon und seine bekannte Geschichte (citirt in Schulz, Das Höfische Leben, Bd. 1, S. 591; man findet sie auch in Don Quixote, II. Theil, Cap. XLV) von jenem Richter, der jedesmal, wenn ein Mädchen kam und sich darüber beschwerte, vergewaltigt worden zu sein, den betreffenden Mann dazu verurtheilte, sie entweder zu heirathen oder ihr eine bestimmte Geldsumme zu zahlen. Die Geldstrafe wurde erlegt, das Mädchen ging damit fort und nun befahl der Richter dem Manne, ihr nachzugehen und ihr das Geld mit Gewalt abzunehmen; bei dieser Gelegenheit entwickelte das Mädchen gewöhnlich solche Energie und vertheidigte ihren Geldbeutel so erfolgreich, dass es ihm nicht möglich war, ihr etwas abzutrotzen. Zum Schluss rief der Richter beide Parteien wieder vor sich, liess dem Manne sein Geld zurückgeben und sagte: „Hättest du deine Ehre so gut vertheidigt wie dieses Geld, so hättest du nicht darum betrogen werden können." In den meisten Fällen von Vergewaltigung — bei Erwachsenen — handelt es sich wohl um eine gewisse, bedingte Einwilligung, die allerdings durch einen Appell an die niederen Nervencentren allein erreicht worden sein kann, ohne Betheiligung der Intelligenz oder des Wissens.

Alle diese Thatsachen und Betrachtungen zeigen, dass der sexuelle Impuls der Frauen keineswegs so schwach ist, als man uns glauben machen möchte. In früheren Zeiten war man geneigt, den Frauen einen ungebührlich starken Geschlechtstrieb zuzuschreiben, während heute die Tendenz besteht, denselben beim Weibe ungebührlich zu verkleinern.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Schäfer: *Ueber Darmdesinfektion.*

Die Behandlung einer tuberculösen Darminfection ist recht schwierig. Am besten sind die Mittel, die eine gründliche desinficirende Wirkung auf den erkrankten Darm ausüben, ohne beim Passiren des Magens durch den Magensaft diese Wirkung bereits eingebüsst zu haben. Ferner muss das betreffende Präparat längere Zeit gegeben werden können, ohne den Körper, der bereits durch die lange Krankheit geschädigt ist, noch weiter zu schädigen. Ein solches Präparat ist das Ichthyol, von dessen Ungiftigkeit sich Verf. schon durch jahrelange Verabreichung bei Lungentuberculose und Bronchiectasien aufs gewisseste überzeugt hat. Eine Eiweissverbindung des Ichthyols ist das Ichthalbin, bei dessen Anwendung sich die Diarrhoen rasch verminderten und im Verlauf einer Woche gänzlich verschwanden und die Schmerzhaftigkeit, wenn vorhanden, bereits am zweiten Tage verschwand. Ausserdem vermochte er die Transsudate im Darm zu beschränken, auch hat in der weitaus grössten Anzahl der Fälle bei längerem Ichthalbin-Gebrauche der Appetit sich nennenswerth gehoben. Es wurde in 1,5—2,0 g, und zwar dreimal am Tage, am besten in Oblatenform, verabreicht. (Wiener medicinische Presse 1903, No. 18.)

Karplus: *Ueber Diagnose und Therapie der Migräne.*

Die Heredität der Erkrankung ist erwiesen. Unter den Erscheinungen, die den Kopfschmerzen unmittelbar vorangehen können, sind die häufigsten und wichtigsten die Sehstörungen, die visuelle Aura, das Flimmerscotom, deren nosologische Bedeutung man überschätzt hat; denn die genuine Migräne mit visueller Aura ist um kein Haar gefährlicher und sie ist auch gerade keine schwerere Krankheit als die genuine Migräne ohne Aura. Die anderen Auraformen sind bedeutend seltener. Die Migränekopfschmerzen haben bei aller Verschiedenheit doch immerhin einige wichtige gemeinsame Züge, die sie von anderen Schmerzen unterscheiden. Es ist kein Kopfreissen, der Schmerz, der ein constanter ist, sitzt nicht in den weichen Schädeldecken, sondern wird in die Tiefe localisirt. Jeder Migränekranke giebt bei einem Druck auf den Nervus supraorbitalis, welcher genügend kräftig ausgeübt wird, um Schmerz zu erzeugen, auf Befragen an, dass seine spontanen Schmerzen von ganz anderer Art sind als die durch den Druck auf den Nerven erzeugten; hingegen löst bei der Trigeminusneuralgie der Druck auf den Nerven einen dem spontanen Schmerze qualitätsgleichen Schmerz aus. Sehr characteristisch ist auch das Ruhebedürfniss, mit dem jeder stärkere Migräneschmerz einhergeht. Häufig besteht eine deutliche

Ueberempfindlichkeit der Sinne, die Pulsfrequenz ist unverändert. Die Häufigkeit der Anfälle variirt stark, meistens treten sie in mehrwöchentlichen Intervallen auf.

Ungemein häufig verwechselt wird die genuine Migräne mit den Erscheinungen der Neurasthenie und Hysterie. Es bestehen ja allerdings gewisse Beziehungen zwischen genuiner Migräne einereits und Neurasthenie und Nervosität sowie Hysterie andererseits, und es sind auch sehr viele Migränekranke von Haus aus nervöse Menschen, und andererseits giebt es hysterische Anfälle, die das Bild des genuinen Migräneanfalles in einer Weise vortäuschen, dass eine Entscheidung im Moment nicht möglich ist. Deshalb kann aus einem Anfall allein nie die Diagnose der Erkrankung gestellt werden, sondern erst aus einer Reihe von Anfällen — ganz wie bei der Epilepsie. Zu letzterer Krankheit sind die Beziehungen der Migräne allerdings noch viel näher.

Es kann auch zu Verwechslungen der Migräne mit der progressiven Paralyse und Tabes dorsalis kommen. Die genuine Migräne mit und ohne Aura hat mit der Paralyse und der Tabes gar nichts zu thun. Ist keine Heredität nachzuweisen, tritt die Krankheit erst nach dem 30. Jahr auf und hat sich der betreffende Kranke überdies mit Lues inficirt, so muss an eine symptomatische Migräne gedacht werden. Dazu kommt dann noch, dass die genuine Migräne bei Frauen etwas häufiger ist als bei Männern, dass aber umgekehrt die Paralyse und Tabes bei Männern viel häufiger ist als bei Frauen. Zu beachten ist dann weiter, dass sich die Anfälle bei der genuinen Migräne meist nur ganz allmählich ändern, wie sich der Mensch selbst im Laufe des Lebens allmählich ändert; hingegen ist uns die viel grössere Variabilität innerhalb kurzer Zeiträume im einzelnen Krankheitsfalle bei paralytischer und tabischer Migräne verständlich, bei der hier anzunehmenden exogenen Schädlichkeit, die nicht ein- für allemal gegeben ist, sondern bei diesen progredienten Krankheiten in einem gleichsam recenten Kampfe mit dem Organismus liegt.

Bei der Behandlung ist in erster Linie eine Regelung der Lebensweise ins Auge zu fassen und das Niveau der Gesundheit zu heben. Gelegenheitsursachen sind möglichst aus dem Wege zu räumen. Eine systematische Brombehandlung ist oft von guter Wirkung. Neben dem Brom verdient das Antipyrin (0,5 bis 1,5 g) an erster Stelle genannt zu werden. Die erste, 0,5 g, Dosis soll womöglich vor Eintritt der Kopfschmerzen oder gleich bei Beginn derselben gegeben werden; das gilt für alle Mittel, so für Phenacetin (0,5—1,0 g), Natr. salicyl. (2,0 g), Pyramidon (0,3—0,6 g). Oft erweist sich eine Combination von zwei oder drei Mitteln nützlich, z. B. Koffein (0,1—0,2 g) mit Antipyrin etc. Gefässmittel, wie Adrenalin, dürfen während des Anfalls nicht verabreicht werden. Bei schweren Migräneanfällen müssen Morphiuminjectionen gemacht werden. Im übrigen erreicht die

psychische Behandlung oft leidlich gute Resultate. (Wiener klinische Rundschau 1903, No. 12—15.)

A. Rahn: *Ueber Bromipinclystiere besonders in der Kinderpraxis.*

Bromipin (Merck), eine Verbindung des Brom mit Sesamöl, empfiehlt Rahn in allen Zuständen, welche die Bromanwendung nützlich erscheinen lassen, und zwar in der Anwendung per Clysma, weil auf diese Weise jede Reizerscheinung von Seiten des Magens ausgeschlossen ist. Er verordnet folgende Dosen von 10% Bromipin: bei Säuglingen soviel Gramm, wieviel Monate sie zählen, bei Kindern über 1 Jahr weiterhin 10—12—15 g, bei Kindern über 4 Jahre 15 bis 20 g, bei älteren Kindern 25—30 g, bei Erwachsenen 30—40 g. Diese Dosen rührt man je nach dem Alter des Kranken auf ½—1½ Tasse lauen Thees, am besten Leinsamen- oder auch Moosthee oder mit Milch oder Thee und Milchmischung ein.

Das Bromipinclystier ist von besonderem Nutzen in der Kinderpraxis, namentlich bei der Eclampsia infantum, mag sie idiopathisch oder symptomatisch infolge von Darm- und Verdauungsstörungen aufgetreten sein. Die Wirkung tritt 10 Minuten nach dem Clystier ein.

Bromipin half ferner bei Keuchhusten. Im Stadium convulsivum brachte R. die Eltern dazu, wenigstens 10—14 Tage früh und namentlich abends ein Bromipinclystier vorzunehmen. In der genannten Frist lassen die Keuchhustenanfälle recht bedeutend nach und gehen auch in der Zahl ziemlich progressiv zurück. Später, das ist in der dritten und vierten Woche, liess R. den Kindern nur noch einmal früh, bisweilen auch, wenn nächtliche Schlaflosigkeit vorherrschte, abends ein Bromipinclystier geben.

Auch bei tuberculösen Processen der Kinder, vor allem bei Bronchialdrüsen- und bei Hirnhauttuberculose sind die Hustenanfälle durch Bromipin in zwei Fällen wesentlich verringert und abgeschwächt worden und bei den die Hirnhautentzündung complicirenden Krämpfen schwerster Form wurde, wie bei den eclamptischen Krämpfen schnelles Einschläfern erreicht.

Schliesslich haben sich R. die Bromipinclystiere bei rhachitischen Kindern ausserordentlich bewährt, um das echauffirte Athmen und das Geifern und Röcheln der Kinder zu beruhigen. Einem 7jährigen imbecillen Kinde mit Schlaflosigkeit und Enuresis nocturna gab R. im Ganzen 1400 ccm. 10procentiges Bromipin per Clysma (und zwei je 1½ Esslöffel mit wechselnden Zusätzen von Thee und Milch) und erzielte damit sehr gute Erfolge.

Auch bei neurasthenischen Zuständen von Phthisikern, insbe-

sondere bei Reizhusten, haben sich die Clystiere bewährt, ebenso bei Erregungszuständen nach Apoplexien und Contusionen. (Therapie der Gegenwart, 1903.)

Winternitz: *Die Wahl der Behandlungsmethoden bei Retroflexio uteri unter besonderer Berücksichtigung der subjectiven Beschwerden.*

W. beantwortet obige Frage in der Weise, dass er bestimmte Gruppen von Fällen unterscheidet: 1. Handelt es sich um ledige oder verheirathete Nulliparen, bei denen man eine Retroflexio uteri mobilis ohne weitere Complicationen findet, so hört man gewöhnlich Klagen über Rücken- und Kreuzschmerzen, welche in die Beine oder gegen die obere Körperhälfte ausstrahlen, ausserdem noch Klagen über eine grosse Anzahl von Beschwerden aller Art, welche man nur als nervöse oder hysterische bezeichnen kann. Dieselben pflegen in keinem Zusammenhang mit der vorhandenen Lageanomalie zu stehen; deshalb ist nicht nur jede locale Behandlung zu verwerfen, sondern am richtigsten ist es, wenn die Patienten gar nichts von der Lageanomalie erfahren und die Behandlung sich nur gegen die Neurasthenie oder Hysterie richtet. 2. Handelt es sich um Kranke, die geboren haben und bei denen der Uterus retroflectirt, etwas vergrössert, der Beckenboden aber gut erhalten ist, so kann man die Beschwerden gewöhnlich durch Anteflexionsstellung des Uterus beseitigen, mag man letztere durch Pessarbehandlung oder auf operativem Wege erreichen. 3. Bei Frauen, welche mehrfach geboren haben und bei denen infolge eines Dammrisses oder Erschlaffung des Beckenbodens eine Descensus, eine Inversion der Scheidenwände entstanden ist, spielt die Retroflexio uteri meist eine untergeordnete Rolle, dagegen kann man durch Einlegen eines runden Celluloidringes sehr oft alle Beschwerden beseitigen. 4. Sind neben der Retroflexio Complicationen, wie Endometritis, Pelveoperitonitis, Adnexerkrankungen, Fixationen des Uterus vorhanden, so hängen die subjectiven Beschwerden gewöhnlich von den genannten Complicationen ab und diese müssen therapeutisch in Angriff genommen werden, wobei nach Lage der Fälle hauptsächlich operative Maassnahmen in Betracht kommen. (Therap. Monatshefte, August 1903.)

Rud. Savor: *Ueber den Keimgehalt der weiblichen Harnröhre.*

S. bespricht zuerst die Resultate und Methoden seiner Vorgänger in Bearbeitung des gleichen Themas (Rovsing, Melchior, Gerronsky), um dann seine eigene, sehr einfache, anzuführen. Nach Desinfection des Ostium externum mit Sublimatlösung ging er direct mit der Platinöse in die klaffende

Urethra ein (2 bis 2½ cm tief) und impfte das erhaltene Secret auf mit menschlichem Serum humanisirtes Agar.

S. untersuchte mittels des ganzen Rüstzeugs der modernen bacteriologischen Untersuchungsmethoden 142 gynäcologische Kranke und 120 Schwangere und Wöchnerinnen, die meisten wiederholt, und fand, dass etwa in ¾ der Fälle sich Keime in der Harnröhre finden, und zwar auch zahlreiche solche, welche ihrem morphologischen, wie ihrem Culturverhalten nach als pathogene zu bezeichnen sind, wie Streptococcus und die beiden Staphylococcen. Am allerhäufigsten fand sich Staphylococcus pyogenes albus, dann St. non pyogenes, dann Bacterium coli, dann Diplococcen, dann Staphylococcus pyogenes aureus, dann Streptococcen, dann „Bacillen". Zwischen Schwangerschaft und gynäcologischer Erkrankung, auch Operationsconvalescenz, bestand kein wesentlicher Unterschied, bei gonorrhoischer Erkrankung fand sich in beiden Gruppen sogar eine scheinbare Verminderung der pathologischen Keime, dadurch bedingt, dass der Gonococcus die übrigen entweder verdrängt hatte oder durch Vermehrung des Secrets ihre Culturen verdünnt hatte und selbst aber auf dem künstlichen Nährboden nicht gedieh oder gar nicht anging. Bald waren die einzelnen Keimarten in Reincultur vorhanden, bald waren es Gemenge. Den auffallendsten Einfluss zeigte aber das Wochenbett in der Weise, dass die Zahl der sterilen Befunde in der Schwangerschaft von 27,17 Proz. auf 5,78 Proz. im Wochenbett herunterging und namentlich eine ausgesprochene Vermehrung der als pathologisch bekannten Keime sich zeigte.

Dies Resultat ist ausserordentlich wichtig und für die allgemeine Praxis der Aerzte und Hebammen von der grössten Bedeutung. Es stellt eine Entlastung dar für Tausende und Abertausende sogenannte Catheterisationscystitiden, wo den die Catheterisation Ausführenden bisher regelmässig der Vorwurf der mangelnden Asepsis gemacht wurde. Es erklärt sich dadurch, warum schon nach wenig Tagen der Ischurie und Catheterisation die Cystitis sich einstellte und sich auch nicht vermeiden liess, wenn das Ostium urethrae ext. mit Sublimatlösung abgespült wurde. In Chrobaks Klinik wird seitdem jede Catheterisation mit einer Blasenausspülung mit Protargollösung combinirt. Das Verfahren hat sich als nützlich und durchführbar erwiesen. (Aus der Klinik Chrobak, Wien. Hegars Beiträge, II, 1, S. 103—147.)

Weiss: *Die Erfolge der Urosinbehandlung bei harnsaurer Diathese.*

Nachdem W. durch Stoffwechselversuche die harnsäurevermindernde Wirkung verschiedener Früchte und als wirksamen Bestandtheil die in denselben enthaltene Chinasäure festgestellt

hatte, handelte es sich, um die gewonnenen Resultate practisch zu verwerthen, darum, die Chinasäure in einer Form zu verabreichen, welche für die Behandlung der harnsauren Diathese sich am besten eignen würde. Die reine Säure möchte W. nicht empfehlen, da sie einen stark sauren Geschmack besitzt, nicht leicht löslich ist und wohl auch auf die Zähne einen üblen Einfluss ausübt. Das Natronsalz möchte W. nicht wählen, erstens weil die Harnsäure sich mit Vorliebe in natronhaltigen Medien abspaltet, zweitens weil auch das chinasaure Natrium dem Geschmacke nicht entspricht. Die organischen Basen, von denen W. Piperazin (Diäthylendiamin) und Lysidin (Aethenyläthylendiamin) selbst versuchte, können nach den erzielten Resultaten gar nicht in Frage kommen. Dass diese Basen — was übrigens für jede andere Base gilt — dadurch, dass ihr harnsaures Salz eine in Wasser, allerdings nicht im Harne, leicht lösliche Verbindung darstellt, eine Ausscheidung der Harnsäure befördern sollen, ist eine Auffassung, welche direct im Widerspruche steht mit dem Naturgesetze, dass in Lösung von Basen und Säuren jede Säure auf alle Basen sich vertheilt nach Maasgabe ihrer Massen. Von der Harnsäure wird nur der allerkleinste Theil an die eingeführte Base gebunden, der grösste Theil an die verhältnissmässig so grosse Menge von Natrium, die wir als Kochsalz einführen. Das chinasaure Lithium, Urosin genannt, bildet nach Weiss die angenehmste, zweckmässigste und am besten dosirbare Form, in welcher die Chinasäure verabreicht werden kann. Da dieses Product sowohl die Harnsäurebildung verhindert durch seinen Gehalt an Chinasäure, als auch durch die diuretischen Eigenschaften des Lithium die Entfernung der gebildeten Harnsäure begünstigt, so ist es in doppeltem Maasse geeignet, einen therapeutischen Effect bei der harnsauren Diathese auszuüben. Die diuretische Wirkung hebt W. besonders hervor, da die Chinasäure selbst harnretinirend wirkt. W. hat das Präparat an sich selbst und anderen Personen in grossen Quantitäten (30—40 Pastillen) versucht, sogar an solchen, die an Vitium cordis litten, ohne üble Nebenwirkungen zu beobachten. Vor der toxischen Wirkung des Lithium braucht man bei dem Urosin keine Scheu zu haben. In allen Fällen von Gicht, sowohl typischer als atypischer, und anderen harnsauren Ablagerungen, hat sich sowohl eine subjective als objective Besserung ergeben, ob nun das Mittel zur Zeit der Anfälle oder prophylactisch verabreicht wurde. Die Schmerzen und Schwellungen nahmen an Dauer und Intensität ab. Die Beweglichkeit der Gelenke trat ungleich früher ein als sonst. Ja sogar bei ganz veralteten chronischen Fällen, welche unter gelegentlichen acuten Exacerbationen zu leiden hatten, besserten sich in Kurzem die Beschwerden. Auch bei Bleigicht sind höchst befriedigende Resultate mit Urosin erzielt worden. Die Dosen, in welchen das Urosin gegeben wird, sind im Mittel bei Anfällen 10

Tabletten pro die, welche 5 g Chinasäure enthalten; bei prophylactischen Curen 6—8 Tabletten pro die 4—5 Wochen lang. An Stelle der Tabletten kann auch das Brausesalz oder das Brausewasser in entsprechender Menge verwendet werden. (Verhandl. des XVIII. Congr. f. inn. Medicin.)

Ernst Kerner: *Ueber Validol.*

Validol ist Menthol (Pfefferminzkampfer, genauer der Ester des Menthols mit 30% freiem Menthol) in chemischer Verbindung mit Valeriansäure. Das Präparat schmeckt leicht kühlend nach Pfefferminze und riecht nach Baldrian. Es wird intern, gegebenenfalls auch per clysma, verabreicht. K. reicht das Validol als Antihystericum, Analepticum oder Stomachicum; insbesondere hält er das Validol für ein prompt wirkendes Analepticum, das nicht ungerne genommen wird, eventuell in seltenen Fällen auch per clysma applicirt, seine Wirkung sofort entfaltet. Als Antinervosum verdient es besondere Berücksichtigung, da seine Wirkung auf Hebung des Allgemeintonus beruht, resp. mit solcher einhergeht, während Brompräparate erst in grosser Dosis wirken und Depression erzeugen und da es gerne genommen wird, während Brom widerlich schmeckt; auch ist Validol ein Stomachicum, während Brom die Schleimhäute des Digestionstractes ungünstig afficirt. (Kl. ther. Wochenschr. No. 29, 1903.)

Rammstedt: *Ueber die Verwendung des salzsauren Anästhesins (Ritsert) zur localen Betäubung.*

R. hat die Versuche, welche Dunbar mit dem salzsauren Anästhesin zur Herstellung localer Betäubung angestellt hat, nachzuprüfen.

Er hat bei fast sämmtlichen kleineren chirurgischen Eingriffen, im Ganzen über 60, eine Lösung von salzsaurem Anästhesin gebraucht in derselben Concentration und Mischung mit Kochsalz, wie sie Dunbar empfohlen hat, nur hat er den Zusatz von Morphium von vornherein weggelassen, da aus den Berichten dieses Autors hervorging, dass die schmerzstillende Wirkung des Mittels lange Zeit anhielt.

Die Lösung war also folgende: Anästhesin hydrochlor. 0.25, Natr. chlorat. 0.15, Aq. dest. ad 100.0.

Meistens wurde die zu operirende Stelle selbst in genügend weiter Ausdehnung nach Schleich infiltrirt, in einzelnen geeigneten Fällen auch die regionäre Methode von Oberst angewandt.

Die Unempfindlichkeit der Operationsstelle trat bei der Infiltrationsmethode stets sofort im Anschluss an die Injection, bei der regionären Anästhesie etwas langsamer ein und hielt so lange an, dass die nothwendigen Eingriffe in aller Ruhe ausgeführt

werden konnten. Je nach der Ausdehnung des anzulegenden Schnittes wurden 1—40 cm und mehr der Lösung eingespritzt, ohne dass je irgend welche unangenehme Folgeerscheinungen eintraten.' Die meisten Kranken verblieben im Lazareth und konnten daher genau überwacht werden; Kopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit etc. wurden niemals beobachtet. Die schmerzstillende Wirkung hielt noch auffallend lange nach der Operation an, erst 3—4—5 Stunden später trat leichte Schmerzempfindung auf. Auch bei Einspritzung in entzündete Gewebe war die Wirkung eine sofortige und anhaltende.

Bei sämmtlichen aseptischen Eingriffen ging die Heilung schnell durch erste Verklebung von statten, irgend welche Reizung der Wundränder oder Stichcanäle wurde nie beobachtet. (Centralbl. f. Chirurgie.)

G. Killian: *Ein Hemdknopf aus dem Unterlappen der linken Lunge auf natürlichem Wege entfernt.*

Ein 40jähriger Mann sollte Abends in einem Concert eine Solopartie singen. Bei der Toilette nahm er in der Eile einen Hemdenknopf zwischen die Zähne, stolperte, und der Knopf entschlüpfte den Zähnen. Nach einigem Würgen und etwas Gefühl von Engigkeit befand sich Pat. wieder so wohl, dass er ins Concert gehen und seine Solopartie mühelos zu Ende singen konnte. Schlaf während der Nacht gut und ungestört. Am folgenden Abend plötzlich das Gefühl, als ob sich beim Athmen in der Brust etwas bewege, dabei Hustenreiz. Tags darauf sah Killian den Pat. und constatirte eine Abschwächung des Athemgeräusches über der ganzen rechten Lunge, besonders über der Spitze, woselbst auch einige feine Rasselgeräusche. Der Percussionsschall war rechts über und unter dem Schlüsselbein sowie hinten unten leicht verkürzt. Da die linke Lunge völlig normalen Befund bot, nahm Killian an, dass der Knopf, wenn überhaupt vorhanden, in der rechten Lunge stecken müsse. Die genaue bronchoscopische Untersuchung des rechten Bronchialbaumes ergab jedoch ebenso wie die laryngoscopische Untersuchung ein negatives Resultat. Der Vollständigkeit halber untersuchte Killian dann auch den linken Bronchialbaum und fand bei tiefem Eingehen den Knopf, der im Stammbronchus des linken Unterlappens sass. Mit Hilfe eines Lister'schen Häckchens gelang die Entfernung leicht. Pat. ertrug die Bronchoscopie und Extraction ausgezeichnet. Das zur Bronchoscopie benutzte Rohr hatte eine Länge von 27 cm und eine Dicke von 9 mm. Weitere Untersuchungen führten zu der Annahme, dass es sich rechts um eine beginnende Lungentuberculose handelte. Als bemerkenswerth in diesem Falle bezeichnet Killian die geringen Störungen, die der Fremdkörper verursachte. Die Diagnose gelang nur, weil Killian

auch die unverdächtige linke Seite absuchte. Röntgenstrahlen hätten nach des Verf. Ansicht nicht zum Ziel geführt, weil der Schatten des Knopfes vom Herzschatten verdeckt worden wäre. Bezüglich der Therapie giebt K i l l i a n zu, dass der Knopf wohl, ohne gechadet zu haben, gelegentlich hätte expectorirt werden können, aber andererseits hätte er auch jahrelang verweilen und tiefgreifende irreparable Lungenveränderungen veranlassen können. (Wien. klin. Wochenschr. 1903, No. 11.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

XVII. Sitzung: Donnerstag, den 4. Juni 1903.

Vorsitzender: Dr. *Karl Doepfner.*

1. Dr. F. M u e l l e r: *Ueber die Therapie des Caput obstipum.*

Der Vortragende stellt zwei von ihm in den letzten Wochen operirte Fälle von Schiefhals vor, nämlich zwei Mädchen im Alter von 7 resp. 9 Jahren. Bei beiden Kindern, die zur Zeit der Vorstellung noch den Gypsverband trugen, war es des vorgeschrittenen Alters wegen unmöglich, den Widerstand des Sternocleido-mastoideus durch Myorrhexis zu beseitigen; in beiden Fällen musste vielmehr die subcutane Tenotomie der beiden distalen Köpfe dieses Muskels in Anwendung gebracht werden, worauf als zweiter, nicht minder wichtiger Act die Ummodellirung der Halswirbelsäule vorgenommen wurde. In überkorrigirter Stellung wurde dieselbe durch den Gypsverband fixirt. Dieser Verband besteht aus je einem Gypsring, der den Kopf und die Brust umfasst, sowie aus einer Verbindungsbrücke, die der operirten Seite entspricht und die vorerwähnten Ringe auseinanderhält, gleichzeitig ein eventuelles Heben der Schulter der operirten Seite verhindernd. Die Vorzüge dieses Verfahrens, das von L o r e n z ausgebildet wurde, sind folgende: 1) Kurze Dauer der Nachbehandlung, die 2—3 Wochen nach der Operation durch die Verbandabnahme eingeleitet wird. 2) Vermeidung von Recidiven. 3) Vollkommen cosmetisches Resultat, da keine entstellende Narbe entsteht. 4) Gefahrlosigkeit. Ein kurzer Ueberblick über die anderen Verfahren, die meist nur die Verkürz-

ung des Kopfnickers angreifen und die bestehende Scoliose der Halswirbelsäule intact lassen, zeigt, dass keines derselben (offene Myo- oder Tenotomie, totale oder partielle Extirpation des Kopfnickers nach Mikulicz, Plastik des Muskels nach Föderl) obige vier Forderungen in gleich vollkommener Weise erfüllt. Es muss somit der oben beschriebenen Methode vor allem anderen der Vorzug eingeräumt werden.

Discussion.. Dr. Doepfner frägt nach den Altersgrenzen für dieses modellirende Redressement in Verbindung mit Myorrhexis oder subcutaner Tenotomie. Dieselben werden von Dr. Mueller mit circa 2—6 Jahren für erstere angegeben, während für letztere keine Altersgrenze zu existiren scheine. — Dr. Kolischer begrüsst die Empfehlung des Redressement nach Lorenz als eine conservative Methode aufs wärmste, weil seiner Ansicht nach auf dem Gebiete der Therapie des Schiefhalses durch Operationswuth viel gesündigt worden sei. — Dr. Schiller erwähnt einen von ihm mit Plastik behandelten Fall (¼jähriges Kind) bei dem ein äusserst befriedigendes Resultat erzielt wurde. — Dr. Mueller (die Discussion schliessend) entgegnet, er wolle den Effect der anderen Methoden in gewissen Fällen durchaus nicht in Abrede stellen, müsse aber betonen, dass den oben aufgestellten vier Forderungen von den bisherigen Methoden keine in so vollkommenem Maasse den oben aufgestellten Forderungen gerecht wird wie die Lorenz'sche. Besonders bei Plastik falle die Narbe, namentlich bei Mädchen, oft unangenehm auf.

2. Dr. A. C. Croftan: *Der gegenwärtige Stand der clinischen Osmologie, mit besonderer Berücksichtigung der physicalischen Therapie gewisser Stoffwechsel- und Nierenkrankheiten.* (Eigenuntersuchungen.)

Dr. Croftan gab, da der Abend schon weit vorgeschritten war, in aller Kürze eine gedrängte Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der clinischen Osmologie nebst einigen therapeutischen Anwendungen dieser Lehre, die der Vortragende selbst versucht hatte. Als Einleitung recapitulirte er die rein physicalischen Gesetze der Diffusion und Osmose sowie der Specificität der thierischen Membran. Er zeigte dann, wie qualitative und quantitative Aenderungen des Salzgehaltes der körperlichen Flüssigkeiten einen Einfluss auf das Leben der Zelle auszuüben im Stande sind. An der Hand dieser rein theoretischen und vorläufig noch durch nur wenige experimentelle Untersuchungen bewiesenen Auseinandersetzungen, entwickelte Dr. Croftan die Lehre von der clinischen Osmologie und zeigte, wie sie offenbar bald eine bedeutende Rolle der Diagnostik und Therapie zu spielen bestimmt sei. Zum Schlusse berichtete Dr. Croftan über einige Fälle von Uraemie, die durch intravenöse Einflössung gewisser Salzlösungen behandelt worden waren. Die Erfolge die-

ser Therapie waren so vielversprechend, dass die weitere Ausforschung dieses Gebietes speciell in therapeutischer Richtung sehr verlockend erscheint.

Discussion. Dr. K o l i s c h e r tritt sowohl den physicalischen wie auch den biologischen und clinischen Ausführungen des Vortragenden entgegen und giebt der Ueberzeugung Ausdruck, dass dieselben vorläufig noch zum grössten Theile auf Hypothesen beruhen, deren Werth erst noch durch weitere Untersuchungen bewiesen werden müsse. — Dr. G. S c h m a u c h: Ich möchte zunächst meinem Bedauern Ausdruck geben, dass wir zufolge der sehr vorgeschrittenen Zeit der Möglichkeit einer eingehenden Discussion des äusserst anziehenden Vortrages des Herrn Dr. C r o f t a n beraubt sind. Bedauern muss ich auch, dass der Herr Redner durch diesen Umstand zu einer schädlichen Verkürzung seines Vortrages gezwungen wurde, weil in demselben die wichtigsten Fragen unserer modernen Medicin angeschnitten werden, die zweifelsohne das allgemeine Interesse verdienen. Zu den vorgetragenen Ansichten will ich nur kurz Stellung nehmen. Im Ganzen muss ich Herrn Dr. K o l i s c h e r beipflichten und glaube nicht, dass wir von der Anwendung der Physik und speciell der Erscheinungen der Osmose auf die Therapie einen solchen Riesenerfolg zu erwarten haben. Die thierische Zelle einfach als einen von einer Membran begrenzten Protoplasmahaufen hinzustellen, ist meiner Ueberzeugung nach nicht angängig. Die Secretion von Fett, Säuren, Fermenten, ganz abgesehen von den Nervenzellen, ist kein einfach physicalischer Vorgang, sondern ein physiologischer, ein biologischer. Es liegt mir fern, die physicalischen Vorgänge der Osmose im thierischen Körper zu leugnen, der tiefere Einblick in dieselben wird uns zweifelsohne Nutzen bringen, doch nicht einen solch grossen, wie ihn der Herr Vortragende erwartet. Haben wir uns früher die Wirkung grosser Mengen von Kochsalzlösungen bei Anaemien, Uraemien und Eclampsien durch Erhöhung des Blutdruckes und Ausscheidung und Verminderung toxischer Stoffe erklärt, so waren wir bisher gezwungen und werden es auch fernerhin sein, einen Hauptfactor der Heilung in der Vitalität, in der Zellenthätigkeit zu suchen. Die Erfolge des Herrn Vortragenden bei Uraemie sind ja äusserst beachtenswerth, doch kann ich mir dieselben nicht recht durch mechanische Momente allein erklären. Ich habe selber eine ganze Reihe von Fällen schwerer Eclampsie, also der Uraemie verwandten Zuständen mit grossen Kochsalzinjectionen behandelt; einer davon erhielt bei 70 Anfällen 10 Liter; bis zu 4 Liter in 24 Stunden wurden in einigen Fällen injicirt, und doch war der Erfolg nicht immer der gleiche. Nicht immer kam es zu einer Harnsecretion. Wären es nur mechanische Momente, so müssten wir wohl in jedem Falle, wo die Herzkraft einigermaassen genügt,

eine Besserung erwarten können. Warum also in dem einen Falle Besserung und Wiederaufnahme der Nierenthätigkeit statt hat, im anderen nicht, können wir uns doch wohl nur durch die Eigenschaften der Vitalität, der Secretionsfähigkeit der Zellen erklären. Wenn der Herr Vortragende nun erklärt, Toxine seien widersinnig und es sei bisher noch nicht gelungen, dieselben darzustellen, so ist das letztere wohl wahr, doch muss ich dem entgegentreten, dass die Toxine der Eclampsie ein vager Begriff sind. Es ist nicht nur Schmorl gelungen, durch Toxine aus der Placenta bei Kaninchen in der Leber die für Eclampsie typischen Veränderungen hervorzurufen, sondern auch Ascoli, ein italienischer Forscher, war im Stande, bei Meerschweinchen und Kaninchen durch Syncytiolysine typische Eclampsie, Coma und Krämpfe euszulösen. Gerade die biologische Chemie des thierischen Körpers, wie sie neuerdings auf den Grundlagen der Forschungen Bouchard's, Pasteur's und vor allem auf dem Behring'schen Diphtherie-Antitoxin aufgebaut und durch die Ehrlich'sche Seitenkettentheorie in genialer Weise in allgemein verständliche Gesetze gfasst wurde, ist es, von der wir sowohl therapeutisch, wie auch clinisch unabsehbare Erfolge zu erwarten haben. Seitdem Ehrlich gezeigt hat, dass die Aufnahme der Nahrung wie auch toxischer Producte die gleichen biochemischen Processe sind, sehen wir uns berechtigt, in all diesen vitalen Eigenschaften der Bildung von Antitoxinen, Immunkörpern einen neuen, unendlich viel versprechenden therapeutischen Factor zu erblicken. Gerade diese Erkenntniss wird die vitalen Processe der Zellthätigkeit unserem Verständniss sehr viel näher rücken als die reine Physik. Was das Urtheil des Herrn Dr. Croftan über die Pathologie anlangt, so bin ich nicht so pessimistisch. Ihr bleibt noch vieles aufzuklären übrig und werden wir hoffentlich durch ihre exacten Methoden noch mehr Erfolge als bisher erreichen. Ebensowenig kann ich das absprechende Urtheil über die Cryoscopie gelten lassen. Mir hat sie stets grosse Dienste erwiesen und in den 5 Fällen von Nierenexstirpation, in denen ich sie angewandt habe, vollauf das gehalten, was ihr Erfinder versprochen hat. Wenn hier geäussert wurde, dass Tausende von Beobachtungen darüber bereits vorliegen, so ist das ein Irrthum. Die grösste veröffentlichte Statistjk rührt von Kümmel in Hamburg her und weist etwa 200 Fälle auf. Nachdem ich zu einer Zeit, wo mir die Cryoscopie noch nicht bekannt war, eine Patientin an Uraemie nach Nierenexstirpation verloren hatte, habe ich diese Methode stets angewandt und bei zufriedenstellendem Ergebniss den betreffenden Patienten immer mit voller Zuversicht auf Erfolg zu der Operation rathen können. Grosse Schwierigkeiten in der Handhabung des Beckmann'schen Apparates sind mir nie aufgestossen. Der ganze Process ist ein verhältnissmässig einfacher und erfor-

dert nur ein scharfes Auge zum Ablesen des Thermometers. Irgendwie physicalische Kenntnisse sind dazu nicht nöthig. Auch habe ich von anderer Seite nie darüber klagen gehört. Dass man seinen Thermometer vor jedesmaligem Gebrauch erst an destillirtem Wasser controllirt, ist selbstverständlich. Ebenso klar ist, dass die moleculare Concentration des Harnes und Blutes von der Flüssigkeitsaufnahme abhängt. Wirklich verwendbare Resultate darf man nur bei Patienten erwarten, die im Hospital unter gleichbleibender Kost stehen. — Dr. Croftan (Schlusswort): Auf die Bemerkungen des Herrn Dr. Kolischer möchte ich erwidern, dass ich in meinem Vortrage selbst ausdrücklich hervorgehoben habe, dass die Lehre von der clinischen Osmologie noch in einem recht embryonalen Stadium stehe. Vieles ist basirt auf theoretische Ueberlegungen, manches jedoch ist experimentell fest und solide begründet, und diese Basis kann man doch nicht so ohne Weiteres verwerfen. Gerade weil eben die Anwendung dieses Gebietes der Physik auf die Biologie und speciell die Medicin so neu ist, wird man ja erwarten müssen, dass sie als neue Doctrin den schärfsten Angriffen ausgesetzt sein wird. Aber dies ist nur natürlich und wenn wir zurückblicken, so finden wir, dass es der Cellularpathologie und später der Bacteriologie auch nicht besser ergangen ist. Ich kann mich damit begnügen, die neuen Thatsachen und deren theoretische Bedeutung und practische Anwendung mitzutheilen, auf eine längere Discussion können wir uns hier schon deshalb nicht des Längeren einlassen, weil Herr Dr. Kolischer fundamentale Thatsachen angreift, deren Werthigkeit eben gar nicht mehr discutabel ist. Was die gemässigten Einwendungen des Herrn Collegen Schmauch betrifft, so kann ich nur sagen, dass der Herr Doctor mich offenbar stellenweise missverstanden hat; denn ich habe nie gesagt, dass „die thierische Zelle einfach als ein von einer Membran begrenzter Protoplasmahaufen hinzustellen ist", noch habe ich behauptet, dass wir weder der Cellularpathologie noch der physiologischen Chemie etwas zu verdanken haben. Im Gegentheil, wir verdanken *Alles* der pathologischen Histologie, die uns eine so klare Einsicht in die Structur der Zelle gewährt hat, und wir verdanken unendlich viel der Biochemie — das kann und wird doch kein vernünftiger Mensch leugnen wollen. Ich habe nur behauptet, und diese Behauptung halte ich aufrecht, dass wir heutzutage nach fünfzigjährigem, regen Eifer auf dem Gebiete der pathologischen Histologie und nach 25jährigem Wirken auf dem Gebiete der pathologischen Chemie wohl weniger Neues, weniger Fundamentales, weniger Bahnbrechendes in diesen Disciplinen zu erwarten haben, als auf dem ganz neuen und noch gar nicht eröffneten Gebiete der physicalischen Medicin. Ich brauche nur auf die Anwendung der Ionenlehre, auf die electrischen Erscheinungen, auf die Osmoselehre etc. hinzuweisen, um meinen Stand-

punkt klar zu machen. Das Seciren und das Analysiren hat colossalen Werth, wird uns aber nie viel mehr über das Innerste der Lebenserscheinungen lehren können, als es uns bisher gelehrt hat. Was die Cryoscopie schliesslich betrifft, so ist diese interessante Untersuchungsmethode wohl vielversprechend. Ich habe nur behauptet, dass sie vorläufig wenigstens in meinen Händen und, so weit ich aus der Literatur beurtheilen kann, auch in den Händen anderer Kliniker, noch keine ausschlaggebende Auskunft über functionelle Störungen gewährt, die man nicht ebensogut (und gewöhnlich auf rascherem und ebenso sicherem Wege) sich anderswie verschaffen kann. Zum Schluss muss ich nochmals mein Bedauern aussprechen, dass ich mich so sehr kurz in meinem Vortrage fassen musste. Es war eben so spät, dass ich nicht gerne alle die Details beibringen wollte, die ich ursprünglich vorzutragen die Absicht hatte. Meine Uebersicht über die clinische Osmologie war offenbar zu summarisch. Daher wohl auch die vielen Missverständnisse, die ich auf's höchste bedaure.

Dr. L. H. Abele, Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Dymal* wir in neuester Zeit vielfach als wirksames Wundstreumittel empfohlen. Das Präparat wird bei der Fabrication der Auer'schen Glühstrümpfe als Nebenproduct gewonnen und besteht aus salicylsaurem Didym. Es ist ein feines, rosaweisses Pulver, ohne Geruch, das sich nicht zusammenballt und mit einem Pinsel sich gut aufstreuen lässt. Der erste, der auf Overlach's Veranlassung das Dymal einer klinischen Prüfung unterzog, war Prof. Kopp in München. In Fällen kleiner Schnitt-, Riss- und Quetschwunden erwies sich ihm Dymal als ein gutes antiseptisches und austrocknendes Pulver. Auch Verbrennungen heilen unter Dymalverband bald, besonders die Secretion nimmt rasch ab. Bei den genannten Fällen hatte Kopp das Dymal als ein ungiftiges und reizloses, secretbeschränkendes und austrocknendes antiseptisches Wundstreupulver kennen gelernt, so dass er es nunmehr bei folgenden Dermatosen in Anwendung zog: Acutes und chronisches, nässendes und trockenes Eczem, Psoriasis, Impetigo contagiosa, Ichthyosis, Intertrigo und verschiedene Formen von Hautgangraen. Zur Behandlung des Erysipels und der Psoriasis findet Kopp das Dymal als ungeeignet, dafür aber bewährte es sich in allen Fällen von Hyperhidrosis und Intertrigo. In Fällen von Hautgangraen, bei Decubitus, Ulcus cruris, Erfrierungen 3. Grades und

seniler Gangraen kann das Dymal auch mit sehr gutem Erfolge angewandt werden, besonders wird der üble Geruch solcher gangraenösen Processe durch das Mittel rasch beseitigt.

Auch Roth ist mit der Wirkung des Dymals sehr zufrieden und gebrauchte es in Fällen von nässenden und trocknen, besonders acuten Eczemen, bei Impetigo, Hyperhidrosis, Combustio, Herpes und Prurigo und bewährte es sich ihm immer als ein austrocknendes, hautschützendes und reizstillendes Mittel. Die austrocknende Wirkung des Dymals trat auch bei oberflächlichen Eiterungen zu Tage.

Munk's Versuche mit dem Dymal beschränkten sich hauptsächlich auf ambulatorische Behandlung von Wundkrankheiten, bei welchen er die Beobachtung zu machen Gelegenheit hatte, dass das Dymal, ausser den von Kopp und Roth angegebenen Eigenschaften auch noch den weiteren, nicht zu unterschätzenden Vorzug besitzt, dass man von dem auf die Wundfläche gestreuten Pulver, es mag noch so dicht aufgestreut worden sein, Tags darauf beim Verbandswechsel keine Spur mehr vorfindet, indem das Dymal nicht so, wie dies bei anderen Wundstreupulvern der Fall ist, der Wundfläche anhaften bleibt, sodass Aussehen und Beschaffenheit der Wunde nicht wahrzunehmen ist, sondern es wird gänzlich resorbirt, sodass bei Abnahme des Verbandes die Beschaffenheit der Wunde genau beurtheilt werden kann. Ausser Fällen von kleineren Quetsch-, Riss- und Schnittwunden, welche mit Dymal bestreut, auffallend rasch ohne jede Eiterung vernarbten, machte er auch bei grösseren Verletzungen, in einem Falle traumatischer Gangrän und in einem Falle von Anthrax, davon mit bestem Erfolge Gebrauch. Sonst lobt er die Wirksamkeit desselben Streupulvers bei Intertrigo, acutem Eczem und als Insufflationsmittel bei acutem Nasen- und Rachencatarrh.

Stock machte ebenfalls von Dymal Gebrauch und zwar in der kleinen chirurgischen Praxis, insbesondere bei kleinen Quetsch- und Schnittwunden, ausserdem einem Fall subacuten nässenden Eczems, bei Verbrennungen, und einem Falle von ziemlich ausgedehntem Decubitus, bei Intertrigo, Hyperhidrosis und Fussgeschwüren. Der Gesammterfolg war durchaus gut, denn es zeigt das Dymal, es mag auch in grosser Menge aufgestreut worden sein, auch bei ganz kleinen Kindern, gar keine giftigen Eigenschaften und trocknet die Wunden sehr gut aus. Kleinere Quetsch- und Schnittwunden heilen ganz gut und sehr rasch; mit anderen antiseptischen Mitteln wäre derselbe Erfolg in demselben Zeitraume nicht zu erreichen gewesen. Die austrocknende Eigenschaft des Dymals bewährt sich sehr gut bei Intertrigo Erwachsener und Kinder, wo dieses Mittel immer sehr gut anempfohlen werden kann; die Wirkung ist hier ziemlich prompt. Aehnlicher Weise und vielleicht aus demselben Grunde ist auch die Hyperhidrosis ein für das Dymal dankbares Behandlungsobject, wenigstens zwei Fälle, die verschiedenen, vorangehenden Behandlungsversuchen nicht weichen wollten, scheinen dies zu bekräftigen. Bei Verbrennungen ist der günstige Einfluss ebenfalls evident, denn das

Dymal vermindert die starke Secretion, es hat aber den Fehler, dass es die Schmerzen nicht im geringsten lindert, ob es schon in Form einer Salbe oder Streupulvers angewandt wurde. Aus dem Grunde empfiehlt Stock in Fällen von Verbrennungen und Fussgeschwüren eine Combination des Dymals mit Anaesthesin, dessen analgetische Wirkung die Kranken sehr loben.

Der Behauptung Munk's, dass das Dymal auf die Wunde, noch so dicht aufgestreut, sich gänzlich resorbirt, so dass am anderen Tage nicht die geringste Spur nachgewiesen werden kann, kann Stock im vollen Umfange nicht beipflichten. Allerdings, bei kleinen Wunden, wo nicht viel aufgestreut wurde, resorbirt sich das Pulver gänzlich, aber nach stärkerer Aufstreuung fand Stock immer den zweiten Tag die Wunde mit einer Dymalschicht, wie mit einer Kruste, die öfters auch künstlich entfernt werden musste, bedeckt.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Stock zum Schlusse, dass das Dymal ein nicht reizendes und ungiftiges, antiseptisches Mittel ist, das die Wunde gut austrocknet und heilt. Der Vorzug des Dymals vor anderen gleich wirksamen antiseptischen Streupulvern liegt in seiner grossen Billigkeit, die es zur Anwendung in der Armenpraxis ganz besonders empfehlenswerth erscheinen lässt. (Therapie der Gegenwart, Juli 1903.)

— Unter den Eisenpräparaten nimmt nach Louis J. Gravel, Chefarzt am Hotel Dieu Hospital in Montreal, das *Gude'sche Pepto-Mangan* die erste Stelle ein. In einer sehr lesenswerthen Arbeit über Dysaemie berichtet er in Kürze über 18 einschlägige Fälle, die mit Gude's Pepto-Mangan behandelt wurden, aus welchen er die Ueberzeugung gewann, dass die gleichen Resultate mit keinem anderen Eisenpräparate zu erzielen gewesen wären. (Buffalo Medical Journal, August 1903.)

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Chibas und Saxe, die über 12 genauer beobachtete Fälle berichten. Von diesen war nur in einem einzigen Falle keine Besserung zu verzeichnen und da handelte es sich um einen hoffnungslosen Fall von tuberculöser Peritonitis. In einem anderen Falle war der Erfolg nur ein geringer, allein hier litt der Patient an ausgesprochener Cachexie infolge eines Nierentumors. In den übrigen 10 Fällen waren die erzielten Resultate äusserst zufriedenstellend, besonders auch in Anbetracht der kurzen Behandlungszeit. Unangenehme Nebenwirkungen, wie Verstopfung, Uebelkeit, Kopfschmerzen oder Verdauungsbeschwerden konnten in keinem Falle beobachtet werden. (International Journal of Surgery, Juni 1903.)

— Ueber einen Fall von *Verbrennung von enormer Ausdehnung mit Ausgang in Heilung* berichtet K. Jegormin. Bekanntlich werden ausgedehnte Verbrennungen zweiten Grades, die ein Drittel der Körperoberfläche einnehmen, als für das Leben des Verletzten sehr gefährlich betrachtet; bei guter Pflege und bei strenger aseptischer bezw. antiseptischer

Behandlung ist Uebergang in Genesung immerhin möglich. Bei Verbrennungen, die sich über drei Viertel der Körperoberfläche erstrecken, tritt jedoch mit ausserordentlich seltenen Ausnahmen stets der Tod ein; gewöhnlich leben solche Kranke kaum über 24 Stunden.

Der Unfall über den J. berichtet, geschah im Heizraum einer Papierfabrik. Hier flog aus dem Dampfkessel eine 18 Fuss lange und 3 Zoll im Diameter messende eiserne Röhre und aus der Kesselöffnung strömte mit elementarer Gewalt der unter einem Druck von 50 Pfund befindliche Dampf aus. Im Heizraum befand sich in diesem Augenblicke der Heizer, ein junger Bursche von 22 Jahren und von ziemlich kräftigem Körperbau. Er wurde vollständig von dem ausströmenden Dampfe und kochendem Wasser getroffen. Trotz der erlittenen gewaltigen Verbrennung hatte der Heizer noch so viel Kraft, um selbst nach dem Ambulatorium zu stürzen, welches sich allerdings in einer Entfernung von nur einigen Metern vom Heizraum der Fabrik befand.

Der Verletzte bot ein entsetzliches Bild dar: Das Gesicht, beide Hände, die Brust, der Bauch, der Rücken und die beiden Fusssohlen, kurz der ganze Körper mit Ausnahme der Ober- und Unterschenkel zeigte eine einzige diffuse Verbrennung zweiten Grades.

Nach streng antiseptischer Toilette wurde der Kranke nach dem Fabrik-Krankenhause geschafft, wo sämmtliche verbrannten Stellen mit reinem *Thiolum liquidum* bestrichen wurden. Die Application des Thiolum liquidum wurde je nach Bedarf wiederholt, nämlich sobald irgend ein Theil der Verbrennung wieder zum Vorschein trat. Auf die bestrichenen Stellen wurde sterilisirte Gaze und dann ein Verband aufgelegt. Der Kranke bekam Wein und roborirende Diät. Temperatur 38,0, Puls 90. Am folgenden Tage Temperatur 38,5, Puls 100, voll. Subjectives Befinden des Kranken ziemlich gut; Appetit schlecht, Schlaf desgleichen. Der Kranke bekommt ein Vollbad und wird mit 50procentiger Thiol-Vaselinsalbe bestrichen, da der Verband ausgetrocknet war und dem Kranken Schmerzen verursachte. Das Gesicht wurde mit reinem Thiolum liquidum bestrichen und nicht verbunden.

Am dritten Tage Temperatur 38,0, Abends 38,8; Puls 100, ziemlich gut. An den verbrannten Stellen ist Suppuration zu sehen. Verbandwechsel ohne vorangehendes Bad. Subjectives Befinden gut. Die Nacht hat der Patient jedoch sehr schlecht verbracht und fast gar nicht geschlafen.

Am vierten Tage Temperatur Morgens 37,0, Abends 37,8. Der Patient hat viel besser geschlafen. Puls 90, gut. Es zeigt sich Appetit. Der Verband ist nur sehr wenig durchnässt, und das nur am Rücken. Trotzdem wurde der Patient wieder verbunden. Die verbrannten Partien beginnen an den Rändern zu trocknen, Suppuration geringer.

Vom fünften Tage ab Temperatur Morgens und Abends normal. Der Kranke begann sich sehr rasch zu erholen. Bei jedem Verbandwechsel

sah man, dass sich die verbrannten Stellen immer mehr verringern und austrocknen. Nach 4 Wochen war alles geheilt, so dass der Patient nach einer weiteren Woche als vollständig gesund aus dem Krankenhause entlassen werden konnte.

Kleine Mittheilungen.

— *Aufruf zur Gründung internationaler Congresse für Schulhygiene.* Auf dem Gebiete der hygienischen Forschung steht zur Zeit in allen civilisirten Ländern die Schul- und Volkshygiene im Vordergrunde des allgemeinen Interesses. Viele Hygieniker haben mit Wort und Schrift in diesen Zweigen der Wissenschaft bahnbrechend gewirkt. Aerzte und Schulmänner haben denselben gemeinsame Arbeit gewidmet, Regierungen und Communalverwaltungen sind eifrig bemüht, solche Arbeit zu fördern. Bei aller Anerkennung der Fortschritte, die in der öffentlichen Gesundheitspflege insbesondere durch die Mitwirkung der Congresse für Hygiene und Demographie bereits erzielt worden sind, kann man sich doch der Thatsache nicht verschliessen, dass zur Heranbildung einer gesunden Jugend gerade der Schulhygiene noch viel zu thun übrig bleibt, und dass ihr immer neue Aufgaben erwachsen, um den jugendlichen Organismus zu kräftigen sowie dem Umsichgreifen der Nervosität und einer frühzeitigen Erschöpfung entgegenzutreten. Derartige Gesichtspunkte sind maassgebend gewesen für die Gründung schulhygienischer Vereine, so des Allgemeinen deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege, der französischen Ligue des médecines et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles, der schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, der „Allgemeen paedologisch Gezelschap in Antwerpen", der Vereeniging tot Vereenvoudiging van examens en onderwijs in Arnheim, der englischen Society of medical officers of schools und des Fachcomités der ungarischen Schulärzte und Professoren der Hygiene in Budapest. In der Erkenntniss, dass bezüglich einer hygienischen Erziehung bereits im jugendlichen Alter methodisch vorgegangen werden muss, dass insbesondere in der Schule durch vollendete Körperpflege geistige Ueberanstrengung und Schwächung der Individualität verhindert werden können, — in der Erkenntniss, dass die gedeihliche Entwickelung eines Volkes in erster Linie dadurch gesichert wird, dass es die Gesundheit seiner Jugend besonders während der Schulzeit nach jeder Richtung hin stärkt, — in der Ueberzeugung endlich, dass durch gemeinsame Arbeit aller Nationen die Aufgaben und Bestrebungen der Schul-

hygiene wesentlich erleichtert und befördert werden, sehen sich die Unterzeichneten veranlasst, internationale Congresse für Schulhygiene ins Leben zu rufen, die alle drei Jahre tagen. Der erste Congress soll an den sechs Tagen der Woche nach Ostern des Jahres 1904 in Deutschland stattfinden. Für den Vorsitz sind der Allgemeine deutsche Verein für Schulgesundheitspflege und ein Ortscomité in Aussicht genommen, als Congressort hat sich die Stadt Nürnberg bereit erklärt. Vorträge und Berathungen, welche dem Gebiete der Schulhygiene angehören müssen, können in irgend einer europäischen Sprache, insbesondere in der deutschen, französischen oder englischen, gehalten werden.

— Seit einiger Zeit werden die hiesigen deutschen Aerzte von einem *Schwindler* heimgesucht, der sich bald Dr. Neumann, bald Dr. Burkhardt nennt und vorgiebt, ein in Deutschland approbierter Arzt zu sein, der wegen einer Duellaffaire habe flüchtig gehen müssen. Wenn er einen Arzt aufsucht, hat er sich zuvor schon ziemlich orientirt über die Universitäten, an welchen dieser studirt hatte, und wirft dann mit den Namen der daselbst docirenden Professoren um sich, die er angeblich ebenfalls gehört hatte. Erforderlichen Falles giebt er sich auch als Corpsstudent oder Burschenschafter aus. Dann folgt eine lange Geschichte, dass seine Frau zwar mit reichen Geldmitteln unterwegs, er selbst aber momentan ohne alle Mittel und daher auf die Unterstützung der Collegen angewiesen sei. Auf diese Weise ist es ihm auch gelungen, von den meisten Collegen einen grösseren oder kleineren Geldbetrag herauszuschwindeln. Kenntlich ist der geriebene Schwindler an einer Narbe an der linken Schläfe.

— Ueber den *Peruna-Unfug und andere Formen von Alcoholismus* findet sich eine interessante Notiz in „American Medicine." Eine Anpreisung des Geheimmittels Peruna enthält u. a. auch den Passus, dass Peruna zu seinen Freunden viele hervorragende Mässigkeitsapostel zähle, die ihm ungetheiltes Lob spenden und es in der begeisterten Weise empfehlen. Auf Anregung von Mrs. Martha M. Allen von der W. C. T. U. nun liess das Gesundheitsamt des Staates Massachusetts eine Analyse von Peruna vornehmen. Hierbei stellte sich heraus, dass das Mittel 23.46 Gewichtsprocent Alcohol enthält. Der „American Medicine" ist eine junge Dame bekannt, die grosse Quantitäten des Mittels zu sich nimmt und durch dasselbe stets so angeheitert wird, dass sie gewissermaassen eine wandernde Reclame für Peruna und seine geheimen Vorzüge bildet. Dieselbe Dame würde sich sehr entrüstet zeigen, wenn man sie auffordern würde, einen „Cocktail" zu trinken oder einen Schluck Whisky, die beide weniger Alcohol enthalten als ihr geliebtes und heimliches Stärkungsmittel Peruna. Was die Untersuchung anderer Geheimmittel betrifft, so fand das Gesundheitsamt von Massachusetts 15.33 Procent Alcohol in „Vinol", 16.77 Procent Alcohol in „Pinkham's Vegetable Compound" und 5.87 Procent in „Swamp Root." In „Orangeine" wurden Acetanilid, Coffein und Natrium bicarbonicum gefunden.

— *Verzogen*: Dr. J. Adler nach 22 Ost 62. Strasse; Dr. Henry J. Garrigues nach 184 Ost 72. Strasse; Dr. Hermann Goldenberg nach „The Leonori", Madison Avenue und 63. Strasse; Dr. Carl Koller nach 681 Madison Avenue.

— Ein Arzt, in den 70er Strassen, westlich von der Lexington Avenue wohnend, würde einen Collegen die Office unter günstigen Bedingungen mitbenutzen lassen. Anzufragen bei der Redaction dieser Monatsschrift.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, October 1903. No. 10.

ORIGINALARBEITEN.

Dermatologie als Specialität und die practischen Aerzte.*)

Von Dr. H. G. Klotz, New York.

Es ist eine bekannte, kaum bestrittene Thatsache, dass die Krankheiten der Haut für die grosse Mehrzahl der practischen Aerzte immer noch ein mehr oder weniger fremdes Gebiet darstellen, dass ihre Beurtheilung und Behandlung denselben wesentliche Schwierigkeiten bereiten und recht oft unbefriedigende Erfolge liefern. Dementsprechend giebt es wohl kaum ein Feld, auf dem Hausmittel, Patentmedicinen und Quacksalberei soviel Anwendung finden. Es ist dies eine um so auffallendere Erscheinung, je mehr man zu der Erwartung berechtigt wäre, dass ein Organ, das so offen vor unseren Augen ausgebreitet liegt und direct der Untersuchung zugänglich ist, am allerbesten bekannt sein sollte, dass seine Erkrankungen und deren Behandlung zu allererst Gemeingut der practischen Aerzte hätten werden sollen. Es müssen also wohl gewisse Verhältnisse bestehen, welche dem Studium der Hautkrankheiten besondere Schwierigkeiten in den Weg legen. Da ist denn vor Allem gerade die so vortheilhaft erscheinende directe Zugänglichkeit des Organs zu nennen. Vermöge derselben sind wir in der Lage, jede, auch die geringste Veränderung und Abweichung vom Normalen an der

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 5. October 1903.

Haut zu entdecken, die zahlreichen und mannigfachen Unterschiede in Form, Farbe, Localisirung und Gruppirung sowie die oft recht feinen Schwankungen in denselben, theils vorübergehender, theils beständiger Natur wahrzunehmen. Dazu kommen Complicationen mit äusseren Reizen und deren Folgen. So bietet sich dem Untersuchenden eine ungemein grosse Fülle von verschiedenen Bildern, die alle mehr oder weniger drängen, als selbstständige Krankheitsbilder angesehen zu werden, und es wird um so schwerer sich innerhalb derselben zu recht zu finden, je mehr man von jeher bemüht gewesen ist, auch jeder dieser Formen ihren eigenen möglichst fremdartigen Namen zu geben.

Eine weitere Schwierigkeit, die wohl in der Regel weniger Berücksichtigung findet und die ich daher etwas genauer berühren will, liegt darin, dass bei der Haut viel weniger wie bei anderen Organen Functionsstörungen und subjective Symptome bestehen, die uns bei der Beurtheilung der krankhaften Zustände unterstützen könnten, wie dies bei jedem anderen Körpertheil der Fall ist. Das liegt nun theils an dem complicirten Bau der Haut, theils daran, dass dieselbe keine einheitliche, abgeschlossene Thätigkeit besitzt, sondern zum Theil wohl unabhängig, meist aber ergänzend und stellvertretend recht verschiedene Functionen versieht. Ihre Störungen und Unregelmässigkeiten vergesellschaften sich daher vorwiegend mit Affectionen anderer Organe und verlangen und erhalten bei diesen mehr Berücksichtigung als bei den Hautkrankheiten selbst, zu denen die sogen. acuten infectiösen Exantheme, wie Masern, nicht zu rechnen sind.

Störungen in der respiratorischen Thätigkeit der Haut, welche hauptsächlich in der Abgabe von Wasserdampf besteht, zeigen ihren Einfluss viel mehr an anderen Organen, wie Lungen und Herz, die secretorische Thätigkeit, namentlich deren wesentliche Seite, die Schweisssecretion spielt eine wichtige Rolle besonders bei Nierenerkrankungen, während die Dermatologie neben der physiologisch nicht bedeutenden Fettsecretion eigentlich nur mit localer Vermehrung oder Verminderung des Schwitzens sich beschäftigt. Die so ausserordentlich wichtige Thätigkeit der Haut bei der Regulirung der Körperwärme findet ihre Würdigung in der Nosologie der fieberhaften, also besonders der Infectionskrankheiten; die resorbirende Thätigkeit, so-

weit dieselbe überhaupt existirt, gehört in das Gebiet der allgemeinen Therapie. Betreffend die der Haut mehr eigenthümlichen Functionen, so gehört sie als Schutzorgan gegen äussere Schädlichkeiten theils mechanischer, theils chemischer, theils thermischer und electrischer, endlich auch bacterieller Natur in das Gebiet der Chirurgie. Als Sinnesorgan erhält die Haut ihre Bedeutung hauptsächlich bei den Nervenkrankheiten, nur Schmerzempfindung, mehr noch die eigenthümliche Empfindung des Juckens beschäftigen uns in der Dermatologie. So bleibt nur eine Function, mit deren Störungen der Dermatolog fast ausschliesslich zu thun hat, nämlich der Einfluss, welchen die Haut und namentlich ihre accessorischen Organe: Haar, Nägel und das subcutane Fettgewebe ausüben auf die Bestimmung der äusseren Form des ganzen Menschen, ganz besonders in ihren Beziehungen zu dem Begriff des Schönen und Hässlichen in seiner Erscheinung. Denn mit geringen Ausnahmen sind ja Hautkrankheiten nicht lebensgefährlich, schädigen auch die Gesundheit im Allgemeinen nur wenig. Erkrankungen an einzelnen Gliedern, ganz besonders den Händen und unteren Extremitäten, können die Erwerbsfähigkeit der Kranken herabsetzen oder aufheben. Allein die meisten Hautkrankheiten, soweit sie nicht direct Schmerzen (Brennen) oder Jucken im Gefolge haben, veranlassen die Kranken, Hülfe zu suchen, weil sie die äussere Erscheinung beeinträchtigen, beziehentlich auf die Umgebung einen unangenehmen Eindruck machen, so dass die Thätigkeit des Dermatologen, zum grossen Theil eine verschönernde, es hauptsächlich mit dieser als solcher kaum anerkannten Functionsstörung zu thun hat.

Es ist ferner der Umstand zu berücksichtigen, dass der Unterricht in der Dermatologie lange Zeit seitens der Behörden gänzlich vernachlässigt wurde, und dass auch beim Examen derselben keine oder nur sehr geringe Bedeutung zugemessen wurde. Bis zu einem gewissen Grade bestehen ähnliche Verhältnisse auch jetzt noch, besonders auch in Deutschland, wo an einer Anzahl von Universitäten keine Einrichtungen für den dermatologischen Unterricht bestehen, und die Klage darüber und das Verlangen nach besseren Verpflegungsanstalten und Lehrcliniken taucht immer von Neuem wieder auf. Hier in Amerika ist dies fast noch mehr der Fall, indem mit geringen

Ausnahmen die Hospitäler Hautkranke nicht oder nur ungern aufnehmen und nicht in speciellen Räumlichkeiten behandeln. Diese Umstände entschuldigen gewiss die practischen Aerzte gegenüber dem von den Dermatologen gemachten Vorwurf, dass sie die Hautkrankheiten nicht gehörig studiren; denselben zu erwidern, könnte ich wohl den Aerzten selbst überlassen, jedoch werde ich noch auf diesen Punkt zurückkommen.

Angesichts dieser Schwierigkeiten ist es wohl naheliegend, dass es Aerzte, die sich besonders eingehend mit dem Studium der Hautkrankheiten beschäftigt haben, schon seit längerer Zeit gegeben hat, und man kann sagen, dass Dermatologie eine der ältesten Specialitäten ist, indem wir seit dem Ende des 18. Jahrhunderts Specialarbeiten auf diesem Gebiete begegnen, namentlich den Bestrebungen, Systeme der Hautkrankheiten zu liefern wie die von Plenk und Willan. Von den meisten anderen Specialitäten unterscheidet sie sich dadurch, dass sie zur Erreichung ihrer Ziele nicht besonderer Untersuchungsmethoden oder besonderer Instrumente für dieselben bedarf oder anwendet und in der Hauptsache auf die unmittelbare Benutzung und Uebung des Gesichts- und des Gefühlssinns angewiesen ist, Mittel, die eigentlich jedem Arzt ebenso ohne Weiteres zur Verfügung stehen. Dies ist wohl mit der Grund warum von manchen Seiten die Dermatologie gering geschätzt und zum Gegenstand von Angriffen gemacht wird. So erwähnt Zeisler bei Gelegenheit der Eröffnung der Vorlesungen an der ärztlichen Schule der Northwestern University in Chicago die in einer medicinischen Gesellschaft daselbst gemachte Aeusserung, dass die ganze Dermatologie überhaupt nur auf die Nomenclatur basirt sei. Zeisler hat damals (1902) diese Angriffe erwidert, indem er die Leistungen und Bestrebungen der Dermatologen schilderte und ihre Bedeutung für die Medicin im Allgemeinen hervorhob. „Seit mehr als 50 Jahren", sagte er, „haben eine Anzahl unermüdlicher Arbeiter in allen civilisirten Ländern dem Studium der Hautkrankheiten obgelegen, mit Resultaten, die nur durch die mehr augenfälligen und brillanteren Errungenschaften der modernen Chirurgie übertroffen werden. Allerdings müssen die Dermatologen zugestehen, dass die seit Anfang des Jahrhunderts gemachten zahlreichen Versuche, die verschiedenen Hautstörungen zu

classificiren, nicht zu ganz befriedigenden Resultaten geführt haben, doch sei durch dieselben Licht auf manche dunkle Punkte geworfen worden und vieles sei gefördert worden durch Zusammenstellung ähnlicher und Abtrennung verschiedener Gruppen. Die Nomenclatur möge allerdings dem Uneingeweihten in hohem Grade abschreckend vorkommen, aber für den Dermatologen spielen die vielen Namen nur die Rolle ausgezeichneter Diener, welche bestimmt sind gegenseitigen Ideenaustausch zu begünstigen, aber sich nie erlauben dürfen, sich zu Herren aufzuwerfen. Die Namen gleichen den kurzen Inschriften auf Gemälden etc., dem raschen Nachweis dienend, aber dahinter ist eine Menge pathologischer, histologischer und aetiologischer Studien aufgespeichert." Mit Stolz weist Zeisler auf die 62 (jetzt 66) Bände des Archiv für Dermatologie, die 30 (jetzt 36) Bände der Unna'schen Monatshefte, und auf die zahlreichen Bände französischer, brittischer, italienischer und amerikanischer Specialzeitschriften, auf die Thätigkeit zahlreicher Gesellschaften, nationaler und internationaler Congresse. Er erinnert daran, dass zuerst Untersuchungen über Lupus das Studium der Tuberculose im Allgemeinen angeregt und dadurch die ganze Entwicklung der heutigen Tuberculoselehre angebahnt haben; ferner an die Bedeutung dermatologischer Arbeiten für die ganze Lehre von den Neubildungen, für die Kenntniss der Lepra und der Syphilis. Weiter werden erwähnt die Beiträge seitens der Dermatologen zur besseren Beurtheilung verschiedener innerer Erkrankungen, wie des Diabetes, verschiedener Nervenkrankheiten, namentlich der vasomotorischen und trophischen Störungen, des Zoster etc., die Wichtigkeit der Beobachtungen über Arzneiexantheme, endlich die wesentliche Betheiligung an der Entwicklung der Licht- und Röntgenstrahlentherapie. Zudem sind auch zu nennen die zahlreichen histologischen und bacteriologischen Arbeiten von Dermatologen, die ungemein viel beigetragen haben zur Entwicklung dieser Zweige; ich möchte hier besonders die Förderung der Färbetechnik durch Unna erwähnen, sowie desselben Autors bewundernswerthe Histopathologie der Haut.

Diese Ansprüche der Dermatologie auf Anerkennung sind sicherlich in vollem Maasse berechtigt; dieselbe hat sich die Errungenschaften auf dem Gebiete unserer Wissenschaft, an denen

die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts so reich gewesen, in vollem Maasse zu Nutze gemacht und mehr als ihren Antheil zu der Ausbreitung derselben beigetragen, so dass ihr Niemand eine geachtete Stellung unter den Specialitäten versagen kann. Betrachten wir aber das Ergebniss aller Arbeiten und Bestrebungen, unser heutiges Gesammtwissen von den Hautkrankheiten, die Dermatologie wie sie heute gelehrt wird, so entspricht dieselbe wohl nicht vollkommen unseren Erwartungen. Wir befinden uns da vor einem Bau, dem vor Allem das Einheitliche und Harmonische in dem Gesammtplan, eine systematische Ordnung und Eintheilung fehlt; die innere Einrichtung und Ausschmückung zeigt manches Alterthümliche. Fremdartige und Baroque neben Modernem und Kunstgerechtem, auch manche dunkle Winkel und Ecken. Wenn Jemand ganz unbefangen an das Studium der Hautkrankheiten herantritt, wird es ihm nicht lange entgehen, dass er hier von den auf dem allgemeinen medicinischen Gebiet gemachten Erfahrungen, von den bisher gewonnenen Anschauungen mehr oder weniger im Stiche gelassen wird, dass er da ganz neuen Dingen begegnet und gewissermaassen mit einem neuen A B C wieder von vorn anfangen muss. Als Grundlage aller dermatologischen Studien wird er nämlich zuerst gründlich bekannt gemacht mit den primären Efflorescenzen oder elementary lesions, den Blüthen. Dieselben sind kleine umschriebene Krankheitsherde von gewisser typischer Form wie Papel, Bläschen, Schuppen etc., sie sind die Elemente, aus denen sich die krankhaften Hautveränderungen zusammensetzen. Wir werden dann mit einer ungeheuren Anzahl von einzelnen Krankheiten bekannt gemacht, welche eine noch viel grössere Anzahl meist fremdländischer Namen tragen. Diese Namen stammen zum grossen Theil aus der medicinischen Literatur des griechischen und lateinischen Alterthums; ihre ursprüngliche Bedeutung ist zum Theil völlig unbekannt und oft Gegenstand von Hypothesen und Disputen gewesen. (So hat Münch nachzuweisen versucht, dass der Zaraath der hebräischen Bibel, die gewöhnlich als Lepra und Aussatz übersetzt worden ist, in Wirklichkeit dem Bild der Vitiligo entspreche.) Die Anzahl dieser Namen war von Anfang an eine beschränkte, im Laufe der Jahre wurden dieselben aber immer wieder benutzt, je nach der Auffassung einzelner Autoren oder Schulen, zur Be-

zeichnung oft ganz verschiedener Zustände, die nur in ihren äusseren Merkmalen gewisse Aehnlichkeiten zeigten. Es wurden dann dem ursprünglichen Namen zur Unterscheidung andere Bezeichnungen zugefügt und dadurch eine Unmasse neuer Begriffe geschaffen, wie die Menge verschiedener Arten von Lichen, Herpes, Pityriasis etc. beweist. Welche verschiedene Bedeutung gewissen Namen zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Schulen beigelegt worden ist, hat Unna recht deutlich veranschaulicht in einer 1902 zur Eröffnung der Versammlung der Brittischen Dermatologischen Gesellschaft in London gehaltenen Rede über die Geschichte des *Eczems* in England im 19. Jahrhundert. Die Bedeutung dieser Namen beruht schliesslich nur auf Uebereinkommen. Es hat nun von jeher die Neigung bestanden, zum Theil wohl in Folge der Thatsache, dass viele dieser Krankheiten dem einzelnen Beobachter nur in wenigen Exemplaren vorkommen, die verschiedenen Formen und Varietäten, oft sogar die verschiedenen Stadien einer und derselben Krankheit als selbstständige Krankheiten aufzufassen und mit verschiedenen Namen zu belegen, anstatt den Process erst in seinem ganzen Verlauf zu beobachten und zusammenzufassen. Dadurch ist die Zahl der Namen unnöthig vermehrt worden, die noch einen weiteren Zuwachs erhalten durch die grosse Zahl von Synonymen, deren wohl jede Hautkrankheit eine Anzahl besitzt; manche, namentlich die selteneren Formen, haben beinahe soviel Namen als Beobachter. Zum Theil verdankt dieser Reichthum an Bezeichnungen seinen Ursprung der Thatsache, dass bis vor nicht zu langer Zeit sich beinahe in jedem civilisirten Lande eine oder womöglich mehrere Schulen von Dermatologen bildeten, die unabhängig von einander ihren Weg verfolgend, ihre eigenen Namen für ihre Krankheitsbilder wählten. Seitdem die Vermehrung des internationalen Verkehrs auch auf dem Gebiete der Medicin ihren Einfluss geltend gemacht, wurden dann diese verschiedenen Namen auch den anderen Schulen bekannt und des nöthigen Verständnisses halber von denselben adoptirt. Andere Synonyme entstammen dem Bestreben, die Beziehungen verschiedener Krankheiten zu einander zu präcisiren oder deren wirkliche Natur besser zur Anschauung zu bringen, dabei erhalten sich aber die fälschlich an-

gewandten Namen doch weiter, und einmal in die Literatur eingeführt sind sie kaum ganz wieder aus derselben zu entfernen.

Der bisherige Mangel einer allen Ansprüchen genügenden Classification der Hautkrankheiten erschwert es natürlich ungemein, Ordnung in diesen Wirrwarr zu bringen. Dennoch ist in mancher Beziehung eine Besserung angestrebt und theilweise erreicht worden. Man hat nämlich, und vorzugsweise von französischer Seite, sogenannte beschreibende Namen geschaffen, Namen, welche die hauptsächlichen und characteristischen Symptome anführen, dadurch die Erkennung der Krankheitsbilder wesentlich erleichtern, ohne etwas zu präjudiciren und ohne von vorn herein etwas zu verdunkeln, wie es der Fall ist, wenn man neue Beobachtungen mit Gewalt in einen der alten Namen hineinzuquetschen versucht. Einige dieser Namen sind von Nicht-Fachdermatologen aufgestellt worden, wie z. B. das acute circumscripte Oedem von Quincke. Allerdings fallen manche derselben etwas umfangreich aus und sind aus diesem Grunde lächerlich gemacht oder verworfen worden. So braucht Besnier statt Impetigo herpetiformis: Dermatite pustuleuse circinée et excentrique, Brocq für Dermatitis herpetiformis: Dermatite polymorphe douloureuse à pousses successives und Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées für eine von Andern als eigenthümliche proriasiforme und lichenoides Exanthem mit Unna's und Pollitzer's Parakeratosis variegata in Verbindung gebrachte, neuerdings als Parapsoriasis beschriebene Krankheit. Mir scheint, dass man sich bei solchen Namen doch eine gewisse Vorstellung machen kann von dem was wirklich vorhanden ist, und dass ihre weitere Anwendung wünschenswerth erscheint, um so mehr, wenn man solche Bezeichnungen als vorläufige auffasst, die späteres Vergleichen und Zusammenstellen mit ähnlichen Fällen wesentlich erleichtern. Ausserdem sind auch eine Anzahl Namen in Gebrauch, die wirklich nur den anatomischen Vorgang bezeichnen; dies ist besonders der Fall bei den Geschwülsten, bei denen die clinischen Eigenschaften wenig Anhaltspunkte für die Unterscheidung liefern. Hier haben wir neben Sarcom, Epithelioma anstatt Molluscum contagiosum mit Neisser Epithelioma contagiosum, statt Hydradenoma: Epithelioma cysticum benignum etc. Besonders hat Auspitz eine Anzahl anatomischer Namen eingeführt,

namentlich für Veränderungen der obersten Hautschichten, die wie Parakeratose, Hyperkeratose, Acanthosis etc. mehr oder weniger Eingang in die dermatologische Literatur gefunden haben.

Was fängt nun der dermatologische Unterricht und die dermatologische Clinik und Praxis im Allgemeinen mit diesen Effloreseenzen und mit den Namen von Krankheiten an? Man beginnt damit, festzustellen, welche Art von Efflorescenzen in dem vorliegenden Falle vorhanden ist oder so überwiegt, dass sie als bestimmend anzusehen ist. Dieselben werden dann in allen ihren Veränderungen und Combinationen mit einer Genauigkeit beschrieben, die gelegentlich in Spielerei ausartet. Die nächste Aufgabe ist, aufzusuchen, bei welchen Krankheiten diese betreffenden Elementarformen vorzukommen pflegen und diejenige zu finden, in deren Rahmen das vorliegende Bild am besten passt und danach wird dann eine Diagnose gemaeht. Daran schliesst sich als eine der wichtigsten und meist am ausführlichsten bearbeiteten Aufgaben die Differentialdiagnose an, d. h. es werden alle möglichen Krankheitsformen, bei welchen die gleichen Efflorescenzen vorkommen, mit dem vorliegenden Erkrankungsbild verglichen, mag auch die anatomisehe Structur derselben oft eine ganz versehiedene sein. Ist man auf diese Weise zu einer Diagnose gelangt, das heisst zu einem Namen für die vorliegende Hautveränderung, dann ist es allerdings leicht, die Prognose und die Therapie für den Fall naeh den bestehenden Ansiehten zu bestimmen. Man wählt dann eine der vorgeschriebenen Behandlungsmethoden oder sucht aus der Masse der fortwährend in den Zeitsehriften in beinahe widerlicher Menge veröffentlichten Receptchen für Eczem, Aene etc., eins heraus.

In den Lehrbüehern findet sieh nun in der That meist auch eine mieroseopische Beschreibung der betreffenden Krankheit, die sieh aber hauptsächlich nur auf die in den kleinen umschriebenen Krankheitsheerden vorhandenen Bilder beschränkt, oft ohne über die Entstehungsweise derselben Aufsehluss zu geben. Trotz der ausserordentlich zahlreiehen dermato-histologischen Untersuehungen konnte sich Unna in der Vorrede zu seiner Histopathologie noeh folgendermassen äussern: „Eine Uebersicht über die Literatur maehte es bald klar, dass eine wirkliche Histopathologie der Haut nicht existirte, dass nur wenig Uebereinstimmung zwischen clinischem und histologischem Detail

herrschte und dass die microscopische Beobachtung für den Cliniker mehr eine Quelle von Verwirrung als von Nutzen gewesen ist. Man braucht sich in der That nicht zu wundern, dass hervorragende Dermatologen, auch solche deren clinische Erfahrung von der höchsten Bedeutung ist, sich von der heutigen Histopathologie ungeduldig abwenden, bei der alle Entzündungen der Haut microscopisch das gleiche Bild liefern. Die Thatsache, dass in den meisten dermatologischen Lehrbüchern, die microscopische Anatomie mehr eine verzierende Zugabe bildet, ist nur zu sehr gerechtfertigt; denn wenn zwei clinisch ganz verschiedene Hautkrankheiten microscopisch dasselbe Aussehen zeigen, oder wenn das Microscop Unterschiede aufweist, wo clinisch keine nachzuweisen sind, so ist es klar, dass irgend etwas einer Aufklärung bedarf. Manche Verhältnisse, die glücklicher Weise rasch an Zahl zunehmen, kennen wir genau, aber unglücklicher Weise meist in Beziehung zu selteneren Krankheiten, während die Literatur gerade über die gewöhnlichen alltäglichen Krankheiten wie Eczem, Acne etc. eine ziemlich magere ist."

Wenn wir näher zusehen, so finden sich oft für die einfachsten pathologischen Erscheinungen noch keine Erklärungen, und man muss sich wundern, dass manche recht einfache Fragen erst neuerdings einer Prüfung und Beantwortung unterzogen wurden. So hat L. Philippson vor einigen Jahren in einem Artikel über Embolie und Metastasen die Wichtigkeit dieser bisher in der Dermatologie kaum erwähnten Vorgänge für dieselbe demonstrirt und die Theorie der Angioneurosen, welche eine so grosse Rolle spielt, einer scharfen Kritik unterzogen; im Verein mit Török hat er das Wesen der Urticaria studirt. Noch in neuerer Zeit finden wir von Török im Archiv für Dermatologie Untersuchungen, welche Hautveränderungen durch mechanische Reizung der Haut hervorgerufen werden, und von Rona ist die Frage beantwortet worden, ob mechanische Einwirkungen und unter ihnen in erster Reihe das Kratzen Eczeme verursachen.

Nach alle dem lässt es sich wohl nicht in Abrede stellen, dass die heutige Dermatologie gegenüber der allgemeinen Medicin eine Sonderstellung einnimmt. Wie Zeisler in dem oben citirten Artikel selbst zugiebt, sind die vielen technischen Ausdrücke und Namen nur für den „Eingeweihten" verständlich und von Bedeutung.

So mag die Beschreibung und Erklärung der Hautkrankheiten allerdings sehr gelehrt erscheinen und leicht dem Zuhörer imponiren, allein sie wird auch den sonst wohlunterrichteten Arzt nicht befriedigen. Es dürfte daher der heutigen Dermatologie selbst zum grossen Theil die Schuld beizumessen sein, wenn dem Arzt im Allgemeinen das Gebiet der Hautkrankheiten so wenig bekannt ist und wenn er sich der Dermatologie gegenüber zurückhaltend und unsympathisch verhält.

Die ganze Richtung der heutigen Dermatologie ist nun in den letzten Jahren von dermatologischer Seite einer scharfen Kritik unterzogen worden. L. Philippson in Palermo, der schon 1895 im Verein mit L. Török in Budapest eine allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten, begründet auf pathologische Anatomie herausgegeben, hat im 58. Bande des Archivs f. Dermatologie, 1901, einen längeren Artikel, dessen Inhalt ich Ihnen in den Hauptzügen so kurz wie möglich vorführen will, veröffentlicht. Der Titel ist: Die morphologische Richtung und die anatomisch-genetische Richtung in der heutigen Dermatologie. Er sucht darin nachzuweisen, dass die Dermatologie viel zu sehr, ja fast ausschliesslich von der Efflorescenzenlehre beherrscht wird und dass darin die Grundlage der vielen Uebelstände zu suchen ist. Die Efflorescenzen nämlich, the elementary lesions, haben eine rein morphologische Bedeutung, sie begreifen nur das äusserliche physicalische Bild der Hautveränderungen. Ihre Namen, zum Theil der Sprache des gewöhnlichen Lebens entnommen, stammen aus der Frühperiode der dermatologischen Studien, in denen nur die äusseren Bilder für die Beobachtung zur Verfügung standen. Der Begriff einer anatomischen Gewebsveränderung ist in denselben *nicht* enthalten, so kann z. B. eine Papel oder ein Knötchen die Folge ganz verschiedener Vorgänge sein, ganz verschiedene Structur und unter Umständen ganz verschiedenen Verlauf zeigen. Dazu kommt, dass diese Namen der Efflorescenzen nicht einmal in ihrer morphologischen Bedeutung genau und scharf begrenzt sind, und nicht nur von verschiedenen Schulen, sondern auch von verschiedenen einzelnen Autoren in verschiedenem Sinne gebraucht werden. Dass dieselben trotzdem solche Bedeutung behalten haben, mag viel darin seinen Grund haben, dass manche pathologische Processe in der That nicht nur häufig sondern ausschliesslich in solchen

Formen auftreten und auf dieselben beschränkt bleiben. Allein gerade diese Neigung verschiedener Processe, auf so kleine Flecke beschränkt zu bleiben, nicht die kleinen Heerde selbst ist das Auffallende und verdient die genaueste Untersuchung der anatomischen Ursachen.

Philippson zeigt dann, und zwar unter Beibringung zahlreicher, oft recht schlagender Beweise durch Citate aus der neueren Literatur, wie diese verhängnissvolle Lehre sich in den verschiedenen Stadien der dermatologischen Arbeiten geltend macht. Sie nimmt die erste Stelle beim Unterricht ein, sie bedingt die Beschreibung der Krankheiten, sie giebt der Diagnose ihre Richtung und bestimmt die Grenzen pathologischer Untersuchungen; sie ist die Ursache der etwas eigenthümlichen Auffassung vom Krankheitsbegriff und erklärt den sonderbaren Character vieler clinischer Arbeiten; sie giebt vielfach Veranlassung zur Aufstellung immer neuer Krankheitsnamen und liefert den wirklichen Kernpunkt mancher sogenannter schwieriger Probleme und ist die Ursache der unbefriedigenden Lösung oder vielmehr Behandlung mancher Streitfragen namentlich auf dermatologischen Congressen. Man müsse daher die ganze Lehre von den Efflorescenzen als Grundlage der Dermatologie fallen lassen und auf dem Boden der pathologischen Anatomie dieselbe von Neuem aufbauen. Eine solche anatomisch-genetische Richtung existire allerdings bereits, habe aber noch nicht die verdiente Anerkennung und Verbreitung gefunden.

In dem zweiten Theile des Artikels giebt nun P. die Hauptzüge einer umgearbeiteten Dermatologie an, unter vielfacher Beziehung auf die bereits erwähnte Schrift über allgemeine Diagnostic. Er weist zunächst darauf hin, wie die Dermatologie anderen Doctrinen gegenüber sich in der ausnahmsweise günstigen Lage befindet, dass sie das Organ, mit dem sie sich beschäftigt, ausgebreitet vor sich hat, dem Gesichts- und Tastsinn unmittelbar zugänglich. Wenn wir die Haut untersuchen, so nehmen wir nothwendiger Weise eine anatomische Veränderung wahr, wir haben ein pathologisches Präparat unter den Händen. Die dermatologische Clinik wird daher in Wirklichkeit zum Studium der pathologischen Anatomie am Lebenden, und die Symptome, mit denen sie es zu thun hat, erscheinen als anatomische Veränderungen, die durch irgend einen pathologischen Vorgang

hervorgebracht worden sind. Während aber sonst die Beobachtung der pathologischen Anatomen nur auf den jeweiligen Zustand eines Organs beschränkt ist, kann man an der Haut die anatomischen Veränderungen von Anfang bis zu Ende verfolgen, Stufe für Stufe die verschiedenen Stadien der Entwicklung beobachten und die Beziehungen der verschiedenen Veränderungen zu den verschiedenen Stadien des pathologischen Processes feststellen. Deswegen müssen wir unter allen Umständen versuchen, an der erkrankten Haut die anatomischen Veränderungen und die dieselben bedingenden pathologischen Vorgänge nachzuweisen. Um dies durchführen zu können, bedarf es einer wirklichen allgemeinen Pathologie der Haut, welche die Natur der anatomischen Processe feststellt und einer allgemeinen Diagnostik, welche uns lehrt dieselben am Lebenden zu erkennen. Diese solche allgemeine Pathologie der Haut, die sich von der allgemeinen Pathologie des menschlichen Körpers überhaupt nur insofern unterscheidet, als die eigenthümliche Bildung der Haut nothwendiger Weise bedingt, schliesst neben einer allgemeinen Aetiologie auch das Studium der Entstehungsweise des anatomischen Processes ein. Denn wir können an der Haut gewisse locale Störungen der Blutcirculation, die Vorgänge bei der Entzündung, die Folgen von Embolie und Metastase so genau wie an keinem anderen Organ beobachten; manche der biologischen Vorgänge bei verschiedenen progressiven und retrogressiven Veränderungen wie bei den Granulomen und Neubildungen, sind an der Haut viel besser als anderswo studirt worden; vorzüglich lassen sich die Beziehungen zwischen gewissen Hautveränderungen und deren Ursachen, ganz besonders den pathogenen Microorganismen, nirgends besser als an der Haut studiren. Wenn nun eine solche allgemeine Pathologie zur Zeit nicht existirt, so ist derselben doch schon viel vorgearbeitet worden durch clinische Beobachtung, allein ihre Resultate sind fälschlich in der speciellen Hautpathologie untergebracht worden. Hier finden wir unter dem Gewande von eigenartigen Krankheiten eine Anzahl krankhafter Processe und Combinationen von verschiedenen Symptomen aufgeführt, welche unter den verschiedensten Bedingungen auftreten können und daher richtiger als allgemeine Krankheitsformen in die allgemeine Pathologie gehören, so z. B. viele jetzt als nasses und trockenes Eczem, als Lichen simplex, als Erythem etc. beschriebene Zustände.

Allerdings sind da noch viele Lücken auszufüllen und bedarf es noch mancher eigens zu dem Zweck angestellter Arbeiten. In der Hauptsache wird sich die allgemeine Pathologie auf clinischem Grunde bewegen und daher mehr practisch als theoretisch sein. Dadurch, dass ein grosser Theil der jetzigen speciellen Pathologie in der allgemeinen Pathologie seinen Platz findet, wird die erstere selbst bedeutend eingeengt und ihr Studium dadurch erleichtert. Da in dieselbe nur Krankheiten aufgenommen werden, welche genau in ihren Bedingungen bekannt sind, wenigstens in soweit als für die clinischen Zwecke der Diagnose, Prognose und Behandlung erforderlich ist, so wird die Zahl derselben bedeutend geringer und damit auch ein grosser Theil der umfangreichen Nomenclatur aus dem Wege geräumt. Auch wird dadurch der Weg für eine befriedigende Classification geebnet.

Die wesentliche Forderung Philippson's ist nun die, dass unter allen Umständen zuerst eine *anatomische* Diagnose der Hautveränderungen zu machen ist. Dazu ist selbstverständlich eine genaue Untersuchung und Beobachtung an der Hand der allgemeinen Pathologie und Diagnostik nothwendig: die Feststellung des topographischen Sitzes der Veränderungen in der Haut, die pathologische Natur derselben, die Art ihres ersten Auftretens, ihr Alter, die Entwicklung primärer und secundärer Herde etc. Wir müssen ebenso wie am Cadaver oder an einem todten Präparat die anatomischen Veränderungen direct macroscopisch und microscopisch aufsuchen, was bei der Structur der Haut am Lebenden viel leichter und vollkommener möglich ist. Wenn es mit dem blossen Auge nicht gelingt, den Sitz oder die Natur der Veränderungen festzustellen, so muss die microscopische Untersuchung zu Hülfe kommen, und gelingt es auch dieser nicht, eine genügende Erklärung zu liefern, so müssen wir uns zur Zeit damit zufrieden geben, einfach die gefundenen Thatsachen festzustellen, ohne auf Grund der äusseren Erscheinungen allein die Diagnose einer der bisher bekannten Krankheiten zu machen oder gar eine neue zu schaffen. Bei der Untersuchung müssen alle Hautveränderungen, umschriebene wie diffuse, berücksichtigt werden; wo nur die ersteren vorkommen, muss untersucht werden, welches die Ursache dieser Erscheinungen ist. Wichtig ist die Unterscheidung primärer und secundärer Herde,

theils weil dieselben sehr verschieden sein können, theils weil an den primären manche Eigenschaften zu Tage treten können, welche in genauem Zusammenhang mit ihrem Ursprung stehen, daher Schlüsse erlauben auf die Natur und die Angriffspunkte des schädlichen Agens, ob dasselbe von aussen her oder von innen her wirkte, ob es direct auf dem Wege der Contiguität von unterliegenden Organen ausgeht oder durch Embolie oder durch Nerveneinflüsse die Veränderungen hervorruft. Besondere Aufmerksamkeit muss der Entwicklung und dem Verlauf der krankhaften Zustände gewidmet werden, da oft erst in den Endphasen der wirkliche Character des Processes zu Tage tritt. Dies ist natürlich viel leichter, wenn wir den Process von Anfang an verfolgen können; wenn die Beobachtung erst in einem späteren Stadium beginnt, muss man versuchen, den einzelnen Kennzeichen ihren Platz in dem Entwicklungsgange zuzuweisen. Endlich müssen die Bedingungen berücksichtigt werden, welche unabhängig von dem eigentlichen pathologischen Process die äusseren Erscheinungen beeinflussen können, und die theils im Organismus selbst, theils ausserhalb desselben liegen können. Unter den ersteren spielt eine wichtige Rolle die Irritabilität der Blutgefässe, unter den letzteren besonders therapeutisch vorher angewandte Maassregeln und Infection mit pyogenen Microorganismen. Die letzteren vermögen einen ganz selbstständig verlaufenden pathologischen Process den ursprünglich vorhandenen Zuständen aufzupflanzen, so dass es unter Umständen nothwendig werden kann, den Ablauf der Complication abzuwarten, ehe man die vorher bestehenden Veränderungen zu beurtheilen im Stande ist. Die microscopische Untersuchung, wie schon angedeutet, spielt bei der Untersuchung eine ganz wesentliche Rolle, sie ist ein integrirender Theil der clinischen Untersuchung, der nicht willkürlich unterlassen oder unternommen werden darf, sie dient wie die pathologische Anatomie überhaupt dem Zweck, die bestehenden Störungen im Organismus auf Gewebsveränderungen zurückzuführen und muss daher immer in Einklang mit der anatomischen Diagnose stehen.

Bei der Beschreibung der Hautkrankheiten wird es sich also nicht um eine Schilderung der morphologischen Erscheinungen ohne organischen Zusammenhang handeln, sondern nur um eine Angabe und Beschreibung der anatomischen Veränderung. Eine

Menge einfacher Thatsachen werden sich dann von selbst als die natürlichen Folgen des anatomischen Processes erweisen und als selbstverständlich keiner besonderen Beschreibung oder Erklärung mehr bedürfen, so dass auch hier eine wesentliche Ersparung an eigenthümlichen, nur dem Specialisten verständlichen technischen Ausdrücken erzielt werden kann.

Die Untersuchung der kranken Haut und die Feststellung der Entwicklung eines anatomischen Processes führt also zunächst zur Aufstellung einer anatomischen Diagnose und schliesst damit vorläufig ab. Unter Umständen mögen wir damit schon im Stande sein, zu einer definitiven Diagnose zu kommen. So in vielen Fällen von Neubildungen oder wenn wir sogleich eine bestimmte Ursache auffinden können, wie in Fällen von artificieller Dermatitis, einschliesslich der Gewerbskrankheiten, in Fällen von Arzneiexanthemen, oder Affectionen, deren wesentliches Characteristicum die Eiterung ist, oder Infectionen mit pflanzlichen und thierischen Parasiten. Es ist dann gar nicht erst nöthig, einen Namen ausfindig zu machen, der das Verständniss eher unklar machen könnte. Andernfalls sind wir im Stande, ohne vorgefasstes Urtheil die weitere Untersuchung des Kranken vorzunehmen nach den üblichen clinischen Methoden. Das ist besonders von Wichtigkeit, wenn wir es mit Krankheiten zu thun haben, welche auf Veränderungen nicht der Haut selbst, sondern irgend eines inneren Körperorgans beruhen. Wir brauchen dann nicht im Voraus die Diagnose einer bestimmten classificirten Krankheit anzunehmen, weil ähnliche Hautveränderungen vorhanden sind, sondern nur wenn wir auch die betreffenden Beziehungen zu den inneren Organen nachweisen können. Wenn wir aber nicht im Stande sind, sofort die Diagnose einer wirklichen Krankheit zu machen, so müssen wir uns zunächst mit der anatomischen Diagnose begnügen und die weitere Entwicklung abwarten. Eine complicirte Differentialdiagnose ist für gewöhnlich gar nicht nothwendig, da bei der Feststellung des anatomischen Zustandes bereits die Differencirung stattgefunden hat. Denn dabei hatten wir den Sitz, die Ausbreitung, den Character, die Entwicklung der Veränderungen festzustellen und konnten da sofort alle davon abweichende Formen ausschliessen, auch wenn ihr morphologisches Aussehen ein ähnliches oder gleiches war. Dadurch wird eben vermieden, dass grundverschiedene

anatomische Processe unter einem Krankheitsnamen zusammengefasst werden, wie es unter der üblichen rein oder vorwiegend morphologischen Beobachtung nur allzu oft geschieht.

Philippson ist sich sehr wohl bewusst, dass wir zur Zeit noch nicht völlig im Stande sind, nach diesem Plan dermatologisch zu arbeiten, weil eben viele der nöthigen Grundlagen für die allgemeine Pathologie noch ausstehen und wir zu diesem Zwecke vorgenommener Untersuchungen noch vielfach bedürfen. Indessen lohnt es sich, auch jetzt schon soviel wie möglich es zu versuchen; in vielen Fällen wird man ohne grosse Schwierigkeit zu dem gewünschten Resultate gelangen. Ganz sicher hat schon mancher unbewusst und unwillkürlich nach Ph.'s Plane gearbeitet, einfach aus dem Grunde, weil er entschieden ein oder der einzige naturgemässe ist. Mit meinen Collegen in der Klinik des Deutschen Dispensary, die dies gewiss bestätigen werden, haben wir schon oft seit Jahren, ehe Ph.'s Arbeit erschienen, unserer Unzufriedenheit mit den nichtssagenden Namen der üblichen Dermatologie lebhaften Ausdruck gegeben und uns einfach damit begnügt, den sich der Untersuchung darbietenden anatomischen Zustand festzustellen. So habe ich im Jahre 1895 in der Sitzung der Am. Dermatol. Assoc. in Montréal in einem Vortrag: The Infected Scratch and its Relations to Impetigo and Ecthyma, darauf aufmerksam gemacht, dass es sich in den meisten Fällen der unter diesen vielfach missbrauchten und missgedeuteten Namen aufgeführten Krankheitsformen eben um weiter nichts als mit eiterbildenden Coccen inficirte Kratzwunden handelt, meistens, namentlich bei Kindern, durch Kopfläuse verursacht. Ich überlasse Ihnen selbst darüber zu urtheilen, was Ihnen wohl mehr Einblick in die Natur der Krankheit gestattet, wenn Ihnen ein Fall als Impetigo oder Ecthyma oder als Infected Scratch vorgestellt wird. Und das führt mich dazu, Ihnen mitzutheilen, was mich veranlasst hat, diesen Vortrag zu halten und insbesondere, warum ich es für gerechtfertigt gehalten habe, Sie mit den Hauptzügen von Philippson's Reform der Dermatologie bekannt zu machen. Dies um so mehr, als ich mir immer bewusst gewesen bin, dass es sehr schwer ist, in einem Specialfache einen Gegenstand zu finden, der von wirklichem Interesse für die Aerzte im Allgemeinen ist. Es hat mich dazu bestimmt eines Theils der Wunsch, Philippson's Ideen und Pläne, die

ich nicht nur für begründet, sondern mit der Zeit auch für durchführbar halte, auch in weiteren, nicht speciell dermatologischen Kreisen bekannt zu machen, wenn es auch nur in den Hauptzügen möglich ist. Ph. hat sich brieflich gegen mich geäussert, dass er eigentlich nicht erwartet habe, dass Schuldermatologen auf seine Ideen eingehen würden, sondern vielmehr die Uneingeweihten: Studenten und practische Aerzte, die vorurtheilsfrei an die Frage herantreten. Nun glaube ich, dass die practischen Aerzte wohl mit der Zeit viel beitragen können, auch die Schuldermatologen dazu zu bringen, mehr eine anatomisch-genetische Richtung einzuschlagen, und zwar dadurch, dass sie sich bei Consultationen oder beim Unterricht namentlich in den Lehranstalten für Graduirte oder sonst im Verkehr mit den Fachdermatologen nicht mit einem griechischen oder lateinischen Namen abspeissen lassen, sondern Auskunft verlangen, was denn eigentlich die Hautveränderungen anatomisch bedeuten und wie sie zu Stande kommen. Schliesslich lässt sich doch die ganze Lehre Ph.'s darin zusammenfassen, dass er verlangt, dass wir in der Dermatologie wie in der ganzen übrigen Medicin anatomisch, nicht morphologisch denken lernen.

Ein zweiter und viel wichtigerer Grund für mich ist ein practischer, nämlich die grosse Bedeutung der Philippson'schen Pläne für die Behandlung der Hautkrankheiten. Philippson selbst hat davon kein Wort gesagt, und ich habe selbst diesen Punkt nicht berührt, als ich im letzten Jahre in einem vor der Amer. Dermatol. Assoc. in Boston gehaltenen Vortrage eine kritische Revue seines Artikels lieferte. Diese practische Bedeutung ist mir aber immer klarer vor Augen getreten, je mehr ich mich mit der Frage beschäftigt habe. Es ist wohl klar, dass in dem ganzen Gebiete der Medicin die pathologische Anatomie allein für unser therapeutisches Handeln eine sichere wissenschaftliche Grundlage abgeben kann. Je besser es uns gelingt, die zu Grunde liegende anatomische Veränderung zu erkennen, um so besser werden wir im Stande sein, zu unterscheiden, durch welche Mittel der Process, beziehentlich die bereits geschaffenen Veränderungen beeinflusst werden können. Dies gilt nun ganz besonders von der Haut, an der wir auch die Wirkungsweise und den Einfluss der angewandten Mittel direct beobachten können. Dabei ist auch von einer grossen Anzahl der in der Derma-

tologie verwendeten Mittel die Wirkungsweise ziemlich sicher bekannt, und viele derselben werden nicht empirisch gebraucht, sondern weil wir genau wissen, dass sie gewisse Elemente der Haut in gewissem Sinne beeinflussen, daher im Stande sind, gewisse pathologische Veränderungen völlig oder theilweise zu beseitigen und den normalen Zustand wieder herbeizuführen. Ich glaube daher, dass Sie sich namentlich bei den weniger seltenen Erkrankungsformen der Haut viel schneller und leichter zurecht finden können, wenn Sie sich, anstatt nach dem Namen einer der bekannten Krankheiten zu suchen und dann eine der vorgeschriebenen Behandlungsmethoden in Anwendung zu bringen, vielmehr zu vergegenwärtigen suchen, welche anatomische Veränderungen der Haut Sie vor sich haben und welche Behandlung nach den Regeln der allgemeinen Therapie in Anwendung zu kommen hat. Besonders gilt dies von den verschiedenen Stadien eines und desselben Processes, die zuweilen ganz entgegengesetzte Behandlung verlangen.

Ich schliesse mit dem Ausdruck der vollen Ueberzeugung, dass eine Durchführung einer Reform im Sinne Philippson's in der That von günstigem Einfluss sein würde, dass die Dermatologie dadurch von einem grossen Theil der Verwirrung und des Ueberreichthums an technischen Ausdrücken und Namen befreit werden, dass sie in nähere Beziehung zu der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen clinischen Medicin treten würde und dass ein grosser Theil der Schwierigkeiten dadurch beseitigt werden würde, die jetzt das Studium und das allgemeine Verständniss derselben umgeben. Vielleicht ist es mir gelungen, ein gewisses Interesse für die Frage bei einem oder dem anderen unter Ihnen zu erwecken.

42 E. 22d Str.

Referate und Kritiken.

Badeärztliches Handbuch. Kompendium für Bade-, Anstalts- und practische Aerzte. Von L. Jankau. Verlag des Badeärztlichen Handbuchs. Planegg bei München 1903.

Der Titel lässt nicht vermuthen, welch ein nützliches Werkchen für jeden practischen Arzt hier vorliegt. Es ist ein Compendium für practische Aerzte, denen es an Zeit gebricht, die umfangreichen Forschungen der letzten Jahrzehnte in grossen Handbüchern oder ausführlichen Monographien zu verfolgen, wenn sie sich über das unterrichten wollen, was auf dem Gebiete der Hygiene in Bezug auf Luft, Boden, Wasser, Wohnung, Licht, Ventilation, Heizung und Nahrung geschrieben wurde, und wenn sie den heutigen Stand der Climatologie, Hydrotherapie und Balneologie kennen zu lernen wünschen. Nicht nur über Badeorte, sondern über eine Menge von Dingen, wie z. B. über neuere Arzneimittel, kurz über Vielerlei, das man zum Nachschlagen gerne zur Hand hat, bringt das Buch Belehrung.

A. Rose.

Russische Medicinische Rundschau. Monatsschrift für die gesammte russische medicinische Wissenschaft und Literatur. Unter Mitwirkung hervorragender russischer Gelehrter und Aerzte herausgegeben und redigirt von Dr. Semjon Lipliawsky und Dr. S. Weissbein in Berlin. Verlag von Max Hirsch. Berlin.

Unter obigem Titel erscheint seit einiger Zeit eine neue medicinische Monatsschrift, von der man ausnahmsweise mit vollem Recht behaupten kann, dass für sie ein wirkliches Bedürfniss vorhanden ist. Wir lassen uns zu diesem Urtheil nicht durch den der ersten Nummer wie üblich beigegebenen Prospect bestimmen, sondern wir haben absichtlich die Besprechung der neuen Rundschau verschoben, bis wir in der Lage waren, auf Grund eigener Anschauung über den Werth derselben entscheiden zu können. Nachdem nunmehr die 9. Nummer erschienen ist, können wir mit gutem Gewissen behaupten, dass die „Russische Medicinische Rundschau" nicht nur alles das erfüllt hat, was sie bei ihrem ersten Erscheinen versprach, sondern dass sie sogar unsere Erwartungen noch weit übertroffen hat. Die „Rundschau" hat sei der Zeit ihres Bestehens eine Anzahl gediegener medicinischer Arbeiten veröffentlicht, die wir sonst kaum kennen gelernt hätten, sie gab uns Kunde von den medicinischen Forschungen in russischen Kliniken und Krankenhäusern, die uns grössten-

theils entgangen wären, und sie hat ferner unser Interesse erweckt an den interessanten und eigenartigen sanitären Einrichtungen des grossen russischen Reiches, die gewiss aller Beachtung werth sind.

Die ungeheuer grosse russische medicinische Literatur war bisher fast der deutschen medicinischen Welt gänzlich unzugänglich, während im Gegensatze hierzu die medicinischen Arbeiten zahlreicher anderer Nationen leichter zur Kenntnissnahme der deutschen Forscher gelangen, weil die meisten deutschen Aerzte der französischen und englischen, mitunter auch der italienischen Sprache einigermaassen mächtig sind, und selbst wenn dies nicht der Fall ist, findet sich die französische, englische und italienische medicinische Literatur in genügendem Maasse in deutschen medicinischen Journalen referirt. Wie anders liegen die Verhältnisse bezüglich der russischen medicinischen Literatur! Wie viele deutsche Aerzte beherrschen die russische Sprache auch nur so weit, dass sie im Stande wären, die russische medicinische Literatur zu verfolgen? Und man darf sagen, dass es uns erst seit dem Erscheinen der „Rundschau" zum Bewusstsein gekommen ist, was der deutschen medicinischen Wissenschaft auf diese Weise früher verloren gegangen ist. Man muss sich nur vergegenwärtigen, welchen gewaltigen Aufschwung die russische Wissenschaft und gerade die Medicin im Speciellen in den letzten dreissig Jahren genommen hat. Die russischen Universitäten liefern allein ein grosses wissenschaftliches Material, die zahlreichen Doctor-Dissertationen bieten viele interessante Beobachtungen und Forschungen dar, und über 20,000 Aerzte sammeln alltäglich ihre Erfahrungen am Krankenbette und in der Praxis und legen dieselben in den russischen medicinischen Zeitschriften, deren Zahl mehr als 20 beträgt, sowie in Büchern und sonstigen Abhandlungen nieder. In allen grösseren Städten Russlands giebt es grosse, vorzüglich geleitete und den modernsten Ansprüchen entsprechend eingerichtete Krankenhäuser, in denen an vielen Tausenden von Patienten einerseits und in den Laboratorien andererseits wissenschaftliche Studien angestellt werden. Für das Studium der Epidemiologie bietet Russland das dankbarste Feld.

Wie wenig die in den russischen medicinischen Zeitschriften erscheinenden Originalien dem Ausland zugänglich sind, kann man daraus ersehen, dass sie manchmal übersetzt und in einigen deutschen medicinischen Zeitschriften nochmals als Originalarbeiten veröffentlicht werden. Erschwerend ist noch der Umstand, dass deutsche Forscher nicht nur nicht den Inhalt russischer Abhandlungen, sondern auch nicht einmal die Titel derselben verstehen können, und so kommt es vor, dass von deutschen Gelehrten wissenschaftliche Arbeiten über Fragen veröffentlicht werden, die in Russland schon längst mit gleichlautendem Resultat

bearbeitet wurden. Auf diese Weise geht häufig doppelte kostbare Arbeit und Mühe verloren. Um so freudiger ist daher die Herausgabe der „Rundschau" zu begrüssen, die diesen Uebelständen so wirksam Abhilfe schafft.

Die „Russische Medicinische Rundschau" erscheint monatlich in einem Umfang von 4—6 Bogen in deutscher Sprache und ermöglicht den deutschen und deutschlesenden Aerzten anderer Nationen einen umfassenden Ueberblick über die gesammte russische medicinische Literatur, so wie sie andererseits den russischen Aerzten Gelegenheit giebt, ihre wissenschaftlichen Arbeiten auch den westeuropäischen und deutschlesenden Aerzten Amerikas zugänglich zu machen. Neben Originalarbeiten erscheinen in der „Rundschau" ausführliche Referate. Bücherbesprechungen, Sitzungsberichte russischer Vereine und Congresse, Besprechung der wichtigsten Tagesereignisse etc. Der Preis für die Zeitschrift ist ein sehr mässiger — 12 Mark pro Jahr für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 15 Mark für das übrige Ausland — so dass wohl jeder Arzt, der für die russische medicinische Literatur sich interessirt, in der Lage ist, sich den Besitz der „Rundschau" zu gestatten. Im Uebrigen beglückwünschen wir die Herausgeber zu ihrem Unternehmen. Bemerkt sei noch, dass der Verleger für gute Ausstattung, sowohl Druck wie Papier, gesorgt hat.

Monatsschrift für sociale Medizin. Zentralblatt für die Gesamte Wissenschaftliche und Praktische Sozialmedizin. Herausgegeben von Dr. M. Fürst und Dr. K. Jaffé in Hamburg. Verlag von Gustav Fischer, Jena.

Wir haben Gelegenheit, unsere Leser auf eine weitere Zeitschrift aufmerksam zu machen, die mit dem 1. October in das Leben getreten ist. Es ist dies die „Monatsschrift für soziale Medizin". Die sociale Medicin hat die Aufgaben und die Ergebnisse zu verzeichnen, die der ärztlichen Wissenschaft und ihren Trägern bei Erforschung und Lösung socialer Probleme zukommen. Sie behandelt deshalb diejenige Seite der ärztlichen Thätigkeit, welche im Gegensatz zur individuellen die Krankheiten der einzelnen behandelnden Medicin es sich zur Aufgabe gemacht hat, die allgemeine Wohlfahrt, die Gesundheit der breiten Masse zu heben, indem sie vorbeugend Krankheiten zu verhüten sucht und an der Hebung des allgemeinen Culturzustandes von Staat und Gesellschaft mitstrebend und mitwirkend theilnimmt.

Die „Monatsschrift für soziale Medizin" will daher auf der einen Seite in ärztlichen Kreisen das Interesse für die allgemeinen socialen Aufgaben wecken und kräftigen, andererseits ist sie bestrebt, den Nichtärzten vorzuführen, was innerhalb der ärztlichen Wissenschaft und Praxis für die Verwirklichung des socialen

Gedankens geschieht. Die „Monatsschrift" hat es sich daher zur Aufgabe gestellt, zunächst die folgenden Capitel in den Kreis ihrer Bearbeitung zu ziehen: Sociale Prophylaxis (Rassenhygiene), Sociale Krankenpflege, d. h. die ärztliche Thätigkeit in Krankenhäusern, Heilstätten und im Samariter- und Rettungswesen, Armen-Krankenpflege (Kinderfürsorge), Aerztliche Thätigkeit in Beziehung zur Kranken-, Unfall- und Invaliditätsgesetzgebung, Aerztliche Beaufsichtigung der Prostitution, Thätigkeit des beamteten Arztes, Hafen- und Schiffshygiene, Wohnungshygiene, Gefängnisshygiene, Schulhygiene, Hygiene der Ernährung, Aerztliche Standesangelegenheiten.

Zur Verwirklichung ihrer Bestrebungen ist es den Herausgebern der „Monatsschrift" gelungen, eine grosse Anzahl der bedeutendsten Autoren auf diesem Gebiete zur Mitarbeiterschaft heranzuziehen. Um unseren Lesern zu zeigen, auf welche Weise die „Monatsschrift" ihrer Aufgabe gerecht zu werden beabsichtigt, bezw. welcher Art die jeweils zur Besprechung gelangendenden Themata sein werden, halten wir es für das beste, mit nachstehendem die Inhaltsangabe des bis jetzt erschienenen ersten Heftes folgen zu lassen.

Fürst-Jaffé. Zur Einführung. — F. Kriegel. Zusammenarbeit von Nationalökonomen und Aerzten auf dem Gebiete der Socialstatistik. — J. Pagel. Zur Geschichte der socialen Medicin besonders in Deutschland (Erster Theil). — F. Hirschfeld. Ueber den Verbrauch an den wichtigsten Nahrungsmitteln unter den verschiedenen socialen Verhältnissen in Deutschland. — K. Jaffé. Ueber den Leipziger wirthschaftlichen Verband. — M. Fürst. „Gesellschaft für sociale Reform." — W. Feilchenfeld. Berliner Brief.

Besprechungen von Büchern und Schriften: Conrad. Grundriss. — Grotjahn-Kriegel. Jahresbericht Bd. II. — S. Alexander. Geschichte des Verbandes der Berliner ärztlichen Standesvereine. — K. Ries. Unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen. — B. Stern. Medicin, Aberglauben und Geschlechtsleben in der Türkei. — G. Ilberg. Ueber Geistesstörungen in der Armee zur Friedenszeit. — A. Legahn. Erbliche Belastung und Gattenwahl. — Meyer's Grosses Conversationslexikon. Bd. 1—3. — Popert. Hamburg und der Alcohol.

Referate: Heilstätten. Bezahlte Schulinspectoren. Die Krankenkassen und die Verabfolgung von Flussbädern. Die Krankenkassen im Dienste der Unfallversicherung. Heim für kranke Pflegerinnen. Frauen- und Kinderarbeit. Internationale Sanitätsconferenz. Verminderung der Medicinstudirenden in Frankreich. Uebernahme der gerichtlichen Vertheidigung von Aerzten. Centralkommittee für das ärztliche Fortbil-

dungswesen. Kreiskrankenhaus zu Gr. Lichterfelde. Leipziger Verband (Ortsgruppe Berlin und Brandenburg).

Socialmedicinische Zeitschriften-Rundschau: Arbeiter-Versorgung. — Sociale Praxis. — Zeitschrift für Socialwissenschaft. — Medicinische Reform. — Strassburger ärztliche Mittheilungen.

Notizen: Neue Zeitschrift. — Städtische Milchversorgung in Stuttgart. — Zur Besprechung eingegangene Bücher und Schriften.

Die Zeitschrift erscheint, wie schon aus dem Titel derselben hervorgeht, monatlich. 12 Hefte im Umfang von je 2½—3 Bogen bilden einen Band; Preis des Bandes 10 Mark. Der Name der bekannten Fischer'schen Verlagshandlung bürgt für die gute Ausstattung. Wir wünschen den Herausgebern den besten Erfolg, der bei der Wichtigkeit und Bedeutung des Gegenstandes nicht ausbleiben kann.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der praktischen Medizin. Herausgegeben von Docent Dr. Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert. III. Band. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). Würzburg 1902—03.

Seit unserem letzten Berichte über die so rasch beliebt gewordenen Würzburger Abhandlungen ist Band III vollständig erschienen. Aus begreiflichen Gründen ist es leider nicht möglich, jedes einzelne der neu erschienenen Hefte einer Besprechung zu unterziehen und müssen wir uns daher mit Angabe der Themata und der Namen ihrer Bearbeiter begnügen. Heft 3: Dr. O. Brieger: *Die otogenen Erkrankungen der Hirnhäute.* Heft 4: Dr. H. Bollenhagen: *Die Anwendung des Kolpeurynters.* Heft 5: Dr. med. von Boltenstern: *Ueber die Behandlung innerer Blutungen mit besonderer Berücksichtigung der Gelatineanwendung.* Heft 6: Dr. Georg Burckhard, *Die Blutungen nach der Geburt, ihre Entstehung und Behandlung.* Heft 7: Prof. Dr. Adolf Schmidt, *Das Bronchialasthma als Typus „nervöser Katarrhe".* Heft 8 und 9: Dr. Hugo Starck, *Die Erkrankungen der Speiseröhre.* Heft 10: Doc. Ludwig Burkhardt, *Die Indikationen zum chirurgischen Eingreifen bei den Verletzungen und Erkrankungen des Magens, die Prognose und Erfolge der chirurgischen Behandlung.* Heft 11: Dr. Paul Maas, *Ueber Taubstummheit und Hörstummheit.* Heft 12: Prof. D. Albert Hoffa, *Die Behandlung der Gelenktuberculose im kindlichen Lebensalter.*

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Hammer: *Ueber die diagnostische Tuberkulininjektion und ihre Verwendung beim Heilstättenmaterial.*

In der Heidelberger Med. Poliklinik wurden seit ca. zwei Jahren die Tuberculininjectionen als diagnostisches Hilfsmittel angewandt und zwar einerseits bei solchen Kranken, bei welchen keine Bacillen im Auswurfs nachweisbar waren, selbst wenn die objectiven Lungenerscheinungen kaum einen Zweifel an dem Vorhandensein eines tuberculösen Processes aufkommen lassen konnten, andererseits bei solchen Patienten, bei welchen ein objectiver Lungenbefund überhaupt fehlte, und nur die allgemeinen Krankheitserscheinungen an die Möglichkeit einer tuberculösen Lungenaffection denken liessen oder bei denen der Befund ein so geringfügiger oder wechselnder war, dass thatsächlich Zweifel an dem Vorliegen einer Lungenerkrankung vorhanden sein mussten. Die Injectionen wurden zweimal wöchentlich ausgeführt und zwar haben sich zu diagnostischen Zwecken die von Beck angegebenen Dosen — 0,001—0,005—0,01 — am besten bewährt. Es wurden im Ganzen 180 Fälle diagnostisch injicirt und in jeder Richtung genau controlirt. Von diesen 180 Fällen wurden 164 mit positivem Erfolge injicirt, d. i. 91,1 Procent. Es waren im Ganzen 462 Injectionen erforderlich, durchschnittlich 2,6 Injectionen für den einzelnen Patienten. Bei 25 Patienten war nur eine einmalige Injection von 0,001 nothwendig. Von den injicirten Fällen sind zwei gestorben; ein Zusammenhang des Todes mit der Injection ist mit Sicherheit auszuschliessen.

H. fasst die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Literatur in folgenden Sätzen zusammen:

1. Der Werth der diagnostischen Tuberculininjection muss als ein in jeder Beziehung feststehender anerkannt werden.

2. Die diagnostische Injection lässt sich ambulatorisch unter gewissen Cautelen sehr wohl durchführen ohne Schädigung der Kranken und ohne die Beobachtungen der Reactionsresultate zu beeinträchtigen.

3. Die diagnostischen Injectionen scheinen berufen, eine wesentliche Rolle bei der Auswahl des Heilstättenmaterials zu spielen.

4. Dass Gefahren mit der diagnostischen Tuberculininjection verbunden sein können, soll vorläufig nicht bestritten werden. Es ist indessen sehr wahrscheinlich, dass die Gefahren unwesentlich und unerheblich sind, so dass sie für eine auch allgemeinere Einführung der Injection keine Contraindication abgeben können.

5. Jedenfalls ist zur Vermeidung etwaiger Gefahren eine sehr

sorgfältige Untersuchung und Beobachtung des Materials *vor* der diagnostischen Injection nothwendig.

6. Weitere Untersuchungen über die diagnostische Injection sind als wünschenswerth zu bezeichnen, um sichere Klarheit zu schaffen über die Natur und die Häufigkeit etwaiger Gefahren. Denn nur auf diesem Wege ist zu erhoffen, dass die einer allgemeineren Anwendung entgegenstehenden Bedenken endgültig beseitigt werden. Sollte sich aber ergeben, dass die Gefahren wirklich bedenkliche und häufige sind, so mag die Tuberculininjection aus der Zahl der diagnostischen Hilfsmittel definitiv gestrichen werden. (Beiträge zur Klinik der Tuberculose, Bd. I, H. 4.)

Prof. Schüle: *Ueber die probatorische Tuberkulininjection.*

Sch. theilt einen Fall mit, in welchem die Tuberculininjection zweifellos sehr schädlich auf das Grundleiden eingewirkt hat. Der Fall betrifft einen 25jährigen Patienten, der mit der Diagnose „Typhus abdominalis" in das Krankenhaus eingeliefert worden war. Auf den Lungen einige Rhonchi, die Milz palpabel, kein Meteorismus, keine Roseola, keine Durchfälle. Diazoreaction und Widal positiv. Der Fall lag nicht klar, und da die Frage vorlag, ob Pat. nicht vielleicht für eine Lungenheilstätte vorgeschlagen werden sollte, wurde eine Tuberculininjection (0,00025 g) gemacht, die am übernächsten Tage wiederholt wurde. Auf diese 2. Injection hin traten nun sofort heftige Allgemeinerscheinungen auf: die Milz begann wieder anzuschwellen, auf der linken Lunge bildete sich nach und nach eine Verdichtung aus, das Fieber stieg rapid in die Höhe und die Kräfte nahmen schnell ab. Nach nicht ganz einem Monat trat der Exitus letalis ein. Die Section ergab Tuberculose der Bronchialdrüsen, tuberculöse Pneumonie der linken Lunge, der Milz etc. Im Darme fanden sich keine Zeichen eines durchgemachten Typhus. Offenbar hatte der Kranke vor der Tuberculininjection im wesentlichen an Drüsen- und vielleicht an einem kleinen Herd von Lungentuberculose gelitten. Nachdem dieser Anfall bis zu einem gewissen Grade überwunden war, liess die Tuberculininjection den Process wieder neu aufleben, es kam, wahrscheinlich aus einer Bronchialdrüse, zur Infection der venösen Bahn, zur Miliartuberculose.

Nach Schüle's Ansicht beweist dieser Fall die Möglichkeit einer schweren Schädigung des tuberculösen Organismus durch die probatorische Tuberculininjection. Sch. fügt hinzu, dass dieser Fall für ihn bestimmend ist, so bald nicht wieder zu dieser Methode zu greifen. (Ibidem, Bd. II, Heft 1.)

Th. Grünenwald: *Ueber die Verwendung des alten Kochschen Tuberkulins zur Erkennung der Lungentuberkulose.*

G. berichtet über die in der Tübinger medicinischen Klinik

vom 1. April 1902 bis Herbst 1903 gemachten probatorischen Tuberculininjectionen. Injicirt wurden im Ganzen 117 Fälle, davon gaben positive Reaction 98 = 76,1 Procent, zweifelhafte bezw. negative 28 = 23,9 Procent. Die 117 Fälle lassen sich eintheilen in solche, die das klinische Bild einer Lungentuberculose darboten oder den Verdacht darauf erweckten. Es sind dies 103 Fälle. Davon haben positiv reagirt 88 = 85,4 Procent, zweifelhaft 7 = 6,8 Procent, negativ 8 = 7,8 Procent. Von 8 Kranken mit Bronchitis, combinirt zum Theil mit chronischer Pneumonie und Bronchiectasie haben 2 positiv reagirt, 6 negativ. Von 6 an Pleuritis Erkrankten haben 2 positiv reagirt, 4 negativ. Auf Grund dieser Beobachtungen ist G. der Ansicht, dass uns durch die nach den Koch-Beck'schen Vorschriften ausgeführte Tuberculininjection ein zwar nicht unter allen Umständen ausschlaggebendes, aber jedenfalls ausserordentlich werthvolles Hilfsmittel zur Diagnose von Lungentuberculose gegeben ist. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 43.)

M. Pickert: *Ueber den Werth der Tuberkulin-Diagnostik für die Lungenheilstätten.*

Pickert, Chefarzt der Lungenheilstätten bei Beelitz, spricht sich über den Werth der Tuberculin-Diagnostik im wesentlichen folgendermaassen aus: Die Ergebnisse bei der diagnostischen Verwendung des Tuberculins liefern den klaren Beweis, dass für die ganz überwiegende Mehrzahl der leicht kranken Heilstättenpfleglinge bei Fehlen der Tuberkelbacillen im Auswurf allein die klinische Diagnostik zur Sicherstellung der Diagnose genügt, und dass deshalb auch die Anwendung diagnostischer Tuberculininjectionen, ganz unbeschadet der unbedingten Anerkennung der Beweiskraft dieses diagnostischen Verfahrens, in den Heilstätten für Lungenkranke bis auf Ausnahmefälle nicht nothwendig erscheint. Unter Berücksichtigung der Thatsache, dass auch bei der grössten Vorsicht nicht mit Sicherheit starke Reactionen zu vermeiden sind, die zum mindesten einer vorübergehenden erheblichen Gesundheitsschädigung gleichkommen, sind wir, von rein ärztlichen Standpunkt aus, nur dort berechtigt, die probatorischen Tuberculininjectionen zu verwenden, wo wir unter voller Würdigung der klinischen Diagnose nur bis zu einem Verdacht auf Lungentuberculose, nicht aber zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose gelangen können. Wo die Wahrscheinlichkeit vorhanden ist, können wir mit einer Sicherheit von ungefähr 100 zu 1 annehmen, dass thatsächlich tuberculöse Lungenerkrankung vorliegt. Und dies dürfte wohl genügen, um daraus für den Anstaltsarzt die Berechtigung herzuleiten, einen Kranken in einer Heilstätte für Lungenkranke zu behalten. In zweifelhaften Fällen wird man dann am sichersten handeln, wenn man sich bei seinen Entschliessungen an das Mahnwort Penzoldt's hält:

„Eine Tuberculosendiagnose zu viel, schadet nicht so sehr, als eine zu wenig." (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 43.)

W. Freymuth: *Ueber Tuberkulin- und Heilstättenbehandlung Lungenkranker.*

F. fasst seine Erfahrungen auf der Tuberculoseabtheilung am Krankenhause der Schles. Landesversicherungsanstalt in Breslau sowie die Beobachtungen anderer Autoren, wie Turban, Petruschky ungefähr in folgendes Resumé zusammen: Nachdem Turban gezeigt hat, dass bei der Behandlung Lungentuberculöser unter den bestmöglichen Verhältnissen, die denkbar sind (ein social ausgezeichnet gestelltes Krankenmaterial, damit die Möglichkeit fast unbegrenzter Curdauer, Hochgebirgsclima, eine mit allem Raffinement einer reichen Privatanstalt arbeitende Sanatoriumseinrichtung, Möglichkeit späterer Schonung nach der Entlassung), *ohne* Zuhilfenahme specifischer Mittel nur ca. 39 Procent die Tuberkelbacillen verlieren und nur 27 Procent *dauernd*, so ist der Schluss auf die Volksheilstätten leicht zu ziehen, und es muss ausgesprochen werden, dass Lungenkranke, bei denen es bereits zur regelmässigen Bacillenausscheidung gekommen ist, ein dankbares Object der reinen Heilstättenbehandlung in ihrer jetzigen Form nicht mehr sind. Da aber bei Combination von Sanatoriums- und Tuberculinbehandlung die Bacillen bei 50 Procent provisorisch bacillenfrei geworden sind, so ist für diese etwas vorgerückteren Krankheitsstadien die Combination von Anstalts- und Tuberculinbehandlung systematisch zu erproben. Auch für diese combinirte Cur können aber nur die günstigsten, etwa die besten Fälle des Turban'schen Stadiums 2 empfohlen werden; wirklich schwere Lungentuberculose eignet sich auch für die Tuberculinbehandlung nicht mehr. Den Heilstätten reservirt würde dann das grosse Heer der Prophylactiker und jene leichten Formen der beginnenden Lungentuberculose bleiben, bei denen es noch nicht zur Gewebserweichung und damit zum Bacillenauswurf gekommen ist, und die physicalischen Veränderungen über geringen Catarrh und geringe Spitzendämpfung nicht hinausgehen. Auch von diesen Kranken wird in den Heilstätten nur ein kleiner Theil wirklich geheilt werden. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 43.)

Alfred Exner: *Behandlung von Neugebilden mit Radiumstrahlen.*

E. demonstrirte vor der Gesellschaft der Aerzte in Wien zwei Fälle von Tumoren, die auf der Gussenbauer'schen Klinik mit Radiumstrahlung behandelt worden waren. Der erste Fall betraf ein recidivirendes *Melanosarcom des Oberarmes* mit zahlreichen Metastasen in der Umgebung. Die Bestrahlung wurde in der Weise ausgeführt, dass man die das Radius enthaltende

Capsel durch Heftpflasterstreifen an der über den einzelnen Metastasen liegenden Haut befestigte. Die Dauer der Bestrahlung variirte von 5—25 Minuten, jede Stelle wurde nur einmal bestrahlt. Nach Ablauf mehrerer Stunden (je nach der Dauer der Einwirkung des Radiums), entstand eine mehr oder minder heftige und verschieden lang andauernde Dermatitis, wonach eine Rückbildung der Melanosarcomknoten folgte. Zumal die Knoten, die länger als 1 Stunde bestrahlt wurden, bildeten sich stark zurück, so dass einzelne derselben jetzt nicht mehr nachweisbar sind. Diese Rückbildung war meist 14 Tage nach der Bestrahlung schon deutlich nachweisbar, während nach weiteren zwei Wochen kleinere Knoten ganz geschwunden waren. In der Haut entsteht nur ein ganz flaches Geschwür, welches mit einer Narbe abheilt, die Melanosarcomzellen aber gehen durch die vom Radium ausgehenden Strahlen zu Grunde. In einem zweiten Falle, von Melanosarcom mit Metastasenbildung in der Haut wurde ebenfalls schon nach 14 Tagen eine deutliche Verkleinerung der metastatischen Knoten beobachtet.

Der zweite Fall betraf einen 61jährigen Mann, der wegen *Carcinom* der Wundschleimhaut schon wiederholt operirt worden war. Im Mai ds. Jhrs. kam er wegen eines neuen Recidives in die Klinik. An der rechten Seite der Ober- und Unterlippe war ein kronenstückgrosses Ulcus zu sehen, welches über die gesunde Umgebung prominirte und mit einem grauen Belag bedeckt war. Es handelte sich um ein *Plattenepithelcarcinom*. Ein zweiter, ähnlich beschaffener Tumor sass auf der linken Seite des Arcus palatoglossus. Der Lippentumor wurde der Radiumstrahlung unterworfen. Die das Radium enthaltende Capsel wurde in einen Kautschukfinger gesteckt, um sie vor Feuchtigkeit zu schützen, sodann vom Kranken an die zu bestrahlende Stelle gehalten. Der Tumor wurde 6 mal durch je 15—20 Minuten lang bestrahlt. Er verkleinerte sich bedeutend, die vorderen Partien begannen sich zu überhäuten, jetzt (26. Juni, die erste Bestrahlung erfolgte am 11. Mai, die letzte am 3. Juni) ist der Tumor nicht mehr nachweisbar. Eine weitere Beobachtung wird lehren, ob in der Tiefe wirklich keine Tumorzellen mehr nachweisbar sind. Zu den Bestrahlungen wurde Radiumbromid verwendet.

In der sich an die Demonstration dieser Fälle anschliessende Discussion theilt Holzknecht seine eigenen Resultate bei *Psoriasis vulgaris, Lupus hypertrophicus, Epitheliom, Telangiectasie* mit, die ebenfalls als günstige zu bezeichnen sind. Holzknecht hebt ausserdem die Aehnlichkeit der Radiumstrahlen mit den Röntgenstrahlen hervor. Allein es sind doch noch gewisse recht differente Eigenschaften vorhanden. Die Röntgenstrahlen bewirken nur minimale, die Radiumstrahlen be-

deutende Degenerationen an den Zellen der Blutgefässe, besonders der Intima. Diese Wirkung des Radiums wurde in einem bemerkenswerthen Falle erprobt. Es kam ein Fall mit flacher *Teleangiectasie* in Behandlung. Die ganze linke obere Extremität war von einem Feuermal eingenommen. Es wurde nicht die ganze Fläche bestrahlt, sondern blos 8 kleine Kreise von je ½ cm Durchmesser, während die dazwischen liegenden Partien nur ganz wenig Licht bekamen, das seitlich durch die Radiumcapsel strahlte. Auf jedem kleinen Kreis wurde die Radiumcapsel 10 Minuten lang belassen. Dementsprechend sieht man jetzt auf dem rothen teleangiectatischen Grund 8 kleine Kreise von vollkommen normal aussehender, zarter, rein weisser Haut. Sollte diese Veränderung eine bleibende sein, so hätte sie eine grosse Bedeutung, da sie alle bisherigen Behandlungsmethoden der Teleangiectasie in den Schatten stellen würde. Die Röntgenbehandlung solcher Fälle führt nur ein leichtes Abblassen herbei. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 28.)

Julius Peiser: *Ueber Hypaesthesie bei Appendicitis.*

P. prüfte in 11 Appendicitisfällen die Sensibilität der rechten Bauchseite und fand, dass 9 derselben deutliche Sensibilitätsstörungen in der betr. Gegend zeigten. In einem Falle war die Sensibilitätstörung nicht sicher, in einem anderen war überhaupt keine solche vorhanden. Von den 9 deutlichen Sensibilitätsstörungen handelte es sich in 6 Fällen um Hypaesthesie, in 2 Fällen um Hyperaesthesie, in einem Falle anfangs um Hyp-, dann um Hyperaesthesie. Eine Erklärung der Sensibilitätsstörung giebt P. nicht. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 41.)

Albers-Schönberg: *Ueber eine bisher unbekannte Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Organismus der Thiere.*

Durch Thierversuche an Kaninchen und Meerschweinchen gelangte Albers-Schönberg zu folgender Beobachtung: Wenn man männliche Kaninchen oder Meerschweinchen längere Zeit einer intensiven Einwirkung von Röntgenstrahlen aussetzt, verlieren dieselben — es ist noch unentschieden, ob dauernd oder vorübergehend — die Fähigkeit, sich fortzupflanzen. Das körperliche Wohlbefinden bleibt trotzdem völlig ungestört. Bezüglich des Geschlechtstriebes und der Copulationsfähigkeit unterscheiden sich die Thiere nicht im geringsten vom normalen, nicht bestrahlten Exemplaren. Diese infolge der Bestrahlung auftretende Sterilität ist durch Necrospermie, welche nach einiger Zeit in absolute Azoospermie übergeht, bedingt. (Ibidem No. 43.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom Montag, den 5. Januar 1903, in der Academy of Medicine, 17 West 43. Strasse.

Vorsitzender: Vice-Präsident Dr. Louis Heitzmann, später der neuerwählte Präsident Dr. H. J. Boldt. Anwesend: 39 Mitglieder und mehrere Gäste.

Dr. Beuermann verliest das Protocoll der Jahresversammlung vom 1. December 1902 und wird dasselbe wie verlesen angenommen.

Dr. Leviseur verliest einen Brief von Dr. Rose und wird derselbe auf Antrag dem Archive einverleibt.

Dr. L. Heitzmann zeigt an, dass Dr. G. W. Jacoby leider durch Laryngitis daran verhindert sei, seinen Nachfolger im Amte des Präsidenten einzuführen, und stellt dann in kurzer, herzlicher Willkommnungsrede Dr. H. J. Boldt vor und übergiebt ihm den Vorsitz über die Versammlung.

Dr. Boldt dankt der Gesellschaft für das ihm gezeigte Vertrauen und verliest als Antrittsrede einen Vortrag über „Die Grenze zwischen vaginaler und abdominaler Coeliotomie."

Das Banketcomité berichtet über den glänzenden Verlauf des Festes, welches durch die Anwesenheit von Prof. Dr. Adolf Lorenz besonderes Interesse gewonnen.

Die Resignation Dr. Sarah Robinson Creighton's wird verlesen und angenommen.

Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten.

1. Dr. Rosenthal demonstrirt ein von einer *extrauterinen Schwangerschaft* gewonnenes Präparat.

2. Dr. Willy Meyer: *Fall von perinealer Prostatectomie mit Steinextraction.* Der Fall ist von Interesse, weil es an ihm gelang, die Operation unter Spinalanaesthesie durchzuführen. Der Pajtient ist 63 Jahre alt und klagte über allgemeine Symptome, wie man sie gewöhnlich bei Steinen findet, nur waren die Blutungen so häufig, dass man sich wohl auch vorstellen konnte, dass ein Theil der Blutungen von der Prostata herrühren könnte. Dieselbe war deutlich vergrössert. Nun lag

die Schwierigkeit darin, dass Patient an ausgedehntem Emphysem sowie an Bronchitis litt, so dass eine Allgemeinnarcose nicht in Frage kommen konnte. Es konnte sich demnach nur um locale oder spinale Anaesthesie handeln. Ich wählte letztere. Es war also die Aufgabe, unter spinaler Anaesthesie eventuell den Blasenhals zu dehnen und den Stein zu extrahiren. Der Patient wurde am 12. December operirt; es wurde die Prostata exstirpirt und ein grosser Stein zur gleichen Zeit ohne besondere Schwierigkeiten mit der Kornzange aus dem erweiterten Blasenhalse entfernt. Das Interesse des Falles liegt darin, dass wir uns klar machen sollen, dass allgemeine Constitutionsverhältnisse keine Gegenanzeige gegen operatives Vorgehen bilden, seit uns die spinale Anaesthesie, speciell die mit Tropacocain zur Verfügung steht, welche eine ausserordentlich sichere Methode ist, vorausgesetzt, wir wenden dieselbe richtig an. Der Patient hat sich in vorzüglicher Weise erholt. Das einzige Unangenehme, was bei ihm noch besteht, ist der Umstand, dass er manchmal plötzlichen Urindrang bekommt und zu Anfang oft einige Tropfen verliert, was sich durch die Dehnung des Blasenhalses sehr wohl erklären lässt.

Vorträge.

1. Antrittsrede des Präsidenten Dr. H. J. Boldt: *Die Grenzen zwischen vaginaler und abdominaler Coeliotomie.* (Der Vortrag ist in der Januar-Nummer ds. Jhrgs. publicirt.)

2. Dr. F. Kammerer: *Erfahrungen mit perinealer Prostatectomie.* (Ist in der Januar-Nummer als Originalarbeit veröffentlicht.)

Discussion. Dr. Willy Meyer: Ich habe den Vortrag mit grossem Interesse gehört, sind doch drei der Patienten, deren Krankengeschichten uns vorgelesen wurden, früher durch meine Hände gegangen. Den einen Patienten schickte ich Dr. Kammerer zur Operation in das Hospital, den zweiten hatte ich früher cystoscopirt, und der dritte, bei dem Dr. K. früher die Blase von oben eröffnet hatte, war seiner Zeit von mir nach Bottini operirt worden. Bei der Ueberlegung, was für den letzteren Patienten das Beste sein würde, entschloss ich mich bei ihm in Anbetracht eines sehr niedrigen Harnstoffgehaltes zur Bottini'schen Operation und führte dieselbe auch aus. Die bestehende permanente suprapubische Blasenfistel schloss sich seiner Zeit. Dr. Hermann Fischer übernahm dann die weitere Nachbehandlung, und monatelang ging es dem Patienten gut, bis schliesslich die Fistel wieder aufbrach, offenbar durch das Entstehen von Phosphatconcrementen in der Blase, die genügenden Reiz hervorriefen, um die Fistel wieder zu eröffnen. Dr. Kammerer hat schon erwähnt, wie die Behandlung der Pro-

statahypertrophie seit den letzten 10—12 Jahren im Brennpunkte des chirurgischen Interessens steht. Man halte sich nur vor, wie wir noch vor 10 Jahren, wenn man nicht dauernd catheterisiren wollte, einzig und allein auf Anlegen einer Blasenfistel angewiesen waren. Patient konnte damit zwar ganz gut existiren, allein er hatte seine Urethra dauernd ausser Function gesetzt und trug einen Dauercatheter in der Fistel. Dann kam die Unterbindung der beiden Arteriae iliacae internae, die Castration, die Vasectomie, die Unterbindung der Nerven des Samenstranges. Schliesslich kam mit einem Male der Anstoss zu einer neuen Aera durch die Wiedereinführung der Bottini'schen Operation durch Freudenberg in Berlin im Jahre 1897. Vorher war die Operation nur von sehr wenigen Chirurgen ausgeführt worden. Da kam Freudenberg mit seinem verbesserten Instrumente, veröffentlichte 5 Fälle ohne Todesfall, die auf diese Weise operirt worden waren, und proclamirte damit die Methode als die am meisten gefahrlose, die in jedem Falle Anwendung finden kann. Weitere Erfahrungen blieben nicht aus und man fand bald, dass die Methode gerade so gut ihre Nachtheile und ihre Todesfälle habe wie alle anderen Operationen an der Prostata. *Das* kann man jedoch sagen, dass die Einführung der Bottini'schen Operation den Prostatikern einen colossalen Vortheil erwiesen hat. Weil sie, und zwar mit vollem Rechte, als Radicaloperation proclamirt wurde, haben sich dann viele Collegen gegen sie erklärt und wiederum die Prostatectomie zur weiteren Ausbildung gebracht. Ich möchte das, was College Kammerer heute Abend uns über die verschiedenen Methoden gesagt hat, vollkommen unterschreiben. Trotzdem die Entfernung der Drüse von oben her vorzügliche Resultate aufzuweisen hat, muss Jeder ohne Weiteres zugeben, dass man vollkommen im Dunkeln operirt. Es wird die Schleimhaut auf der Prostata neben der inneren Harnröhre und Mündung gespalten, und wer den längsten und stärksten Finger hat, kann die Operation am schnellsten ausführen. Manchmal ist es selbstredend schwierig und es können Verletzungen nicht ausbleiben. Es liegt deshalb auf der Hand, dass die Operationsmethode von unten her den Vorzug verdient und auch behalten wird, weil sie unter Leitung des Auges ausgeführt wird. Die Operation selbst ist nicht schwer. Wir sind ja seit Jahren gewohnt, bei Prostataabscessen in gleicher Weise zu verfahren. Ich habe vor zehn Jahren über diese selbe Operation in unserem Verein einen Vortrag gehalten und den Fall eines tuberculösen Patienten erwähnt, bei dem die Prostata als Sequester ganz entfernt wurde. Die Operation ist nicht immer leicht, sondern kann aussergewöhnlich schwer sein, wie ich mich selbst überzeugt habe. In einem Falle konnte ich mir nicht anders helfen bei einem 63jährigen Patienten als schnell die perineale Wunde zu tamponiren und die Blase von

oben her zu eröffnen. Ich liess nun während der weiteren Operation meinen Finger von oben her im Blasenhalse und konnte so mit Sicherheit eine Schädigung des Sphincter internus vermeiden. Die Incontinenz, die eintreten kann, ist das crux der perinealen Prostatectomie und manchmal auch eventuell die der suprapubischen. Sie ist meist vorübergehend. Wir werden sicher noch lernen, sie ganz zu vermeiden. Wenn dieselbe aber vorkommt, sind die Patienten ausserordentlich viel schlimmer ab, als sie vorher gewesen sind und als sie je nach der Bottini'schen Operation geworden wären. Ich habe nahezu 60 Leute nach Bottini behandelt. Ich habe seit 1897 jedem Prostatiker, der sich mir vorstellte, zunächst die Bottini'sche Operation vorgeschlagen, um zu sehen, was man mit der Operation erreichen kann, und ich habe dann, nachdem ich gesehen habe, dass speciell die Nachbehandlung von grösster Wichtigkeit ist, mir vorgenommen, im Hospital, wo es bei dem Wechsel der Assistenten und Pflegerinnen nicht leicht möglich ist, die Nachbehandlung wie nöthig durchzuführen, mehr die Prostatectomie auszuführen. Im Ganzen habe ich bis heute 7 Prostatectomien nach der perinealen Methode ausgeführt. Die Prostatectomie ist eine ganz genau vorgeschriebene Operation. Durch einen Querschnitt legt man die Prostata frei, enucleirt sie und drainirt die Blase. Die Bottini'sche Operation scheint auf den ersten Blick spielend leicht zu sein, und doch möchte ich sagen, sie ist 100 Mal schwieriger auszuführen als die Prostatectomie. Sie ist eine Operation, die, auch wenn sie richtig ausgeführt wird, eine genaue Prognose bezüglich Resultat absolut nicht zulässt. Aber was die Methode leisten kann, davon habe ich mich überzeugt. Ich habe gesehen, nachdem die Patienten die Operation überstanden haben, wie nicht nur eine Besserung, sondern auch absolute Heilung erreicht werden kann. Dies habe ich ganz besonders in den letzten Wochen gesehen, wo in einer Privatklinik zwei Patienten neben einander lagen, von welchen der eine prostatectomirt worden war, während der andere eine Operation nach Bottini durchgemacht hatte. Ich musste den ersten Patienten 18—20 Tage im Bette halten, während der andere Patient am 4. Tage aufstehen konnte. Er rauchte gemüthlich seine Cigarre, sass im Stuhle etc. Aber bei dem Patienten mit der Prostatectomie, der häufig nach dem Westen reisen muss und eventuell längere Zeit von hier fort ist, habe ich die Garantie, dass er für immer geheilt ist, während ich diese Garantie bei dem anderen Patienten nicht habe. Immerhin sollte man sich vor Augen halten, dass ein wirkliches Recidiv nach Bottini eine verhältnissmässige Seltenheit ist, wenn einmal ein guter Erfolg erreicht war; allein diesen Erfolg zu erreichen, ist schwierig. Ich möchte sagen, dass Prostatectomie und Bottini'sche Operationen Freunde sein sollten. Beide Methoden ergänzen sich. So sicher wie man über-

haupt in der Medicin etwas sagen kann, so sicher bin ich überzeugt, dass für alle Zeiten Prostatectomie und Bottini'sche Operation die beiden Methoden der Radicaloperation für diese Erkrankung bilden und bleiben werden. Was wir noch zu lernen haben, ist das richtige Abwägen, welche Operation für den einzelnen Fall die beste ist.

Dr. F. Torek: Ich stimme Dr. Kammerer entschieden bei, indem ich die perineale Prostatectomie als das ideale Verfahren in der Behandlung der Prostatahypertrophie ansehe. Ebenso wie andere Chirurgen habe auch ich die anderen Methoden, die des hohen Blasenschnittes und die Bottini'sche Operation, ausgeführt und glaube mir deshalb ein Urtheil über die verschiedenen Methoden gebildet zu haben. Was die Mortalität der Prostatectomie betrifft, hat Dr. Kammerer uns schon gezeigt, dass sie nicht höher ist als die der anderen Methoden, und speciell der eine Todesfall, den Dr. Kammerer zu beklagen hat, ist entschieden nicht der Methode zuzuschreiben. Der Fall, den er beschrieben hat, ist ein Fall von Atheromatose der Gefässe, bei dem es fast gar nicht geblutet hatte. Solche Fälle sind auch mit anderen Methoden gangraenös geworden. Ich erinnere mich eines ähnlichen Falles, bei dem ich wegen Blasensteines und Prostatahypertrophie die Sectio alta und Resection der Prostata machte. Diesem Patienten ging es auch eine Zeit lang ganz gut, nach einigen Wochen trat jedoch Gangraen der Hautwunde ein. Die Gangraen erstreckte sich dann in die Tiefe bis in die Blase und Patient ging nach 8—9 Wochen in einer Weise zu Grunde, wie sie von Dr. Kammerer beschrieben wurde. Die Bottini'sche Operation hat ja auch eine bedeutende Reihe von Todesfällen nach sich; ich habe eine ganze Anzahl von Bottini'schen Operationen gemacht und habe ebenfalls einen Todesfall zu beklagen und zwar an septischer Embolie bei einem Patienten, der scheinbar geheilt war, sich guter Gesundheit erfreute und nach 5 Wochen plötzlich eine septische Lungenembolie bekam, an der er sehr schnell zu Grunde ging. Also was die Mortalität anbetrifft, glaube ich, dass die perineale Prostatectomie sehr gut dasteht. Dr. Willy Meyer muss ich andererseits beistimmen, wenn er sagt, dass die Bottini'sche Operation nicht ganz und gar durch die Prostatectomie verdrängt werden wird, sondern nur in Fällen der Wahl. Die Frage ist durchaus noch nicht genügend beleuchtet, wie weit die Prostatectomie Impotenz verursacht oder nicht. Einer meiner Fälle wurde nach Prostatectomie impotent. Ob dies bei der Bottini'schen Operation immer zu vermeiden ist, bin ich nicht im Stande zu sagen. Was die Methode anbetrifft, so glaube ich, ist behufs Vermeidung der Blasenfistel das wichtigste Moment, die Drainage möglichst frühzeitig zu entfernen, was natürlich von dem betreffenden Falle abhängt und nicht von dem Willen des Operateurs. Meine bei-

den von Dr. Kammerer erwähnten Fälle verliefen ja gerade in dieser Beziehung besonders günstig, indem die Perinealfistel sich sehr schnell schloss und der Patient sehr bald den Urin durch den Penis entleerte. Was die Schnittmethode anbetrifft, so freut es mich, zu sehen, dass Dr. Kammerer den Medianschnitt angenommen hat mit vollständiger Vernähung des Hufeisenschnittes, so wie ich ihn geübt und mit ihm besprochen habe. — Dr. F. Maass: Ich habe den Vortrag mit grossem Interesse verfolgt und über die Operationsmethode selbst nichts hinzuzufügen. Ich möchte nur Eines erwähnen betreffs der Vorbereitung zur Operation. Den Kranken droht in ihrem stark zersetzten Harn eine grosse Gefahr. Durch richtige Anwendung eines Verweilcatheters kann man diese sehr wesentlich verringern. Anfangs muss der Verweilcatheter nach kurzer Zeit wieder entfernt werden, um zu sehen, wie der Patient ihn verträgt. Der Catheter wird immer erst wieder eingelegt wenn der Patient wieder Harndrang hat. Ich habe kürzlich einen sehr guten Erfolg erzielt bei einem 70jährigen Prostatiker mit ausgedehnter Phlegmone am Scrotum und stinkendem Harn. Ich legte einen Verweilcatheter ein in der soeben besprochenen Weise. Der Catheter hatte anfangs zu lange gelegen, so dass auf der anderen Seite Epididymitis entstand. Obwohl der Catheter nicht ganz entfernt, sondern nur öfters zeitweise fortgelassen wurde ging die frische Epididymitis zurück und heilte der phlegmonöse Process auf der anderen Seite ohne Störung. Während man den Urin des Kranken in einen besseren Zustand überführt, kann man die so gewonnene Zeit benützen, um den Patienten ordentlich herauszufüttern. Die Behandlung ist zwar sehr umständlich, aber auch sehr lohnend und angenehmer für den Kranken als der häufige Harndrang. — Dr. F. Kammerer: Ich danke den Herren für die Theilnahme an der Discussion. Was die Verletzung des Sphincters anbetrifft, so glaube ich, dass dieselbe in jedem Falle vermieden werden kann. Die Loslösung von der Blase ist nach meiner Erfahrung der schwierigste Theil. Ich habe auch in meinen Fällen keine Incontinenz beobachtet. Was das combinirte Verfahren betrifft, so glaube ich persönlich, dass dies selten nöthig wird, da ich der Ansicht bin, dass die Prostata selbst stets genügend gegen das Perineum heruntergezogen werden kann, zu welchem Zweck man sich mit grossem Erfolg des zuerst von den Franzosen angegebenen „Desenclaveur" bedienen kann. Ich wollte sagen, dass die Bottini'sche Operation die einzige ist, die etwa der Prostatectomie Concurrenz machen kann, und in diesem Sinne wandte ich das Wort „Gegner" an. Was die Vorbereitung zur Operation anbetrifft, so stimme ich mit Dr. Maass überein. Ich selbst habe Versuche gemacht, durch Blasenausspülungen, Urotropin etc. die Patienten in einen besseren Zustand zu bringen, habe allerdings keinen Verweilcatheter vor

der Operation eingelegt. Wie ich in meinem Vortrag schon erwähnt habe, ist die Statistik der Bottini'schen Operation zum Mindesten keine günstigere, was die Todesfälle post operationem betrifft, als die der Prostatectomie.

Dr. Willy Meyer: Man sollte nicht den weisslichen Belag auf der Wundfläche Gangraen nennen, denn es ist dies nichts anderes als ein Belag mit Phosphat-Salzen. Was die Mortalität betrifft, so hat die Bottini'sche Operation ca. 5 Procent Todesfälle. Ich glaube, dass die Prostatectomie vielleicht noch weniger Todesfälle hat. Dieselbe ist sicherlich die radicalste Operation. Allein es giebt Kranke, die sich nicht einer blutigen Operation unterziehen wollen. Der älteste Patient der prostatectomirt wurde, war 82 Jahre alt, der älteste nach Bottini operirte Patient 93 Jahre. Bezüglich der Impotenz möchte ich sagen, dass ich mir Mühe gegeben habe, alle meine Patienten nach diesem Punkte zu fragen. Ich bin augenblicklich noch bei der Umfrage. So viel kann ich schon jetzt behaupten, dass die grössere Anzahl meiner Kranken durch die Bottini'sche Operation in ihrer Potenz nicht beeinträchtigt waren.

Als Mitglieder erwählt werden Dr. J. Davidson, Dr. B. F. Beck, Dr. M. Rehling und Dr. J. H. Jacob.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Sitzung vom 2. Februar 1903, abgehalten in der Academy of Medicine, 17 West 43. Strasse.

Vorsitzender: Präsident Dr. H. J. Boldt und Dr. F. J. Leviseur. Anwesend: 61 Mitglieder und mehrere Gäste.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird wie verlesen angenommen.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. Franz Torek: *Fall von wiederholter Erkrankung an Epitheliom in der Mundhöhle (nicht Recidiv im üblichen Sinne.)*

Frau M. B., 51 Jahre alt, wurde von mir vor 3 Jahren und 7 Monaten wegen Epithelioms der Zunge operirt. Die linke Hälfte der Zunge, ein Theil des Mundbodens, und die Drüsen des Submaxillar- und oberen Sterno-cleidomastoideusgebietes wurden durch den Kocher'schen Lappenschnitt entfernt (nach vorausgeschickter Tracheotomie und Tamponade des Larynx). Der

Defect wurde gedeckt theils durch Zurückklappen der Zungenspitze nach hinten, theils durch Heranziehen der Schleimhaut des Mundbodens an die Zunge.

Vor zwei Wochen sah ich die Patientin wieder. Die Zunge war an der alten Narbe schön glatt und elastisch geblieben. Am Unterkiefer aber befand sich das Ueberbleibsel eines cariösen Zahnes in Form eines ganz kleinen aber scharfen Stumpfes, der sich in den benachbarten Theil des Mundbodens insinuirte, welcher durch die frühere Operation in die Höhe gezogen worden war. An jener Stelle des Mundbodens hat sich ein ganz characteristisches Epitheliom gebildet.

Der Zahnstumpf wurde entfernt, ein Mundwasser verabreicht und, um allen Anforderungen gerecht zu werden, auch Jodkali gegeben. Das Geschwür sah zwar bald nach der Entfernung des Stumpfes weniger gereizt aus, und es reinigte sich; aber die characteristischen Eigenschaften desselben, die Härte des Randes und des Bodens, die Zerklüftung der Oberfläche, sind geblieben; ja, es hat sich sogar in der kurzen Zeit von 2 Wochen etwas weiter nach vorn ausgedehnt. Am Halse, ungefähr am Rande des früheren Lappenschnittes, ist eine kleine Drüse zu fühlen.

Echte Recidive nach Entfernung maligner Geschwülste sehen wir ja leider recht häufig. Bei diesem Falle jedoch wird es jedem, der einigermaassen mit dem Aussehen der Schleimhautepitheliome vertraut ist, klar sein, dass es sich nicht um ein Recidiv, sondern um eine frische Erkrankung handelt. Das Vorkommen von wiederholter frischer Erkrankung an Epitheliom innerhalb der Mundhöhle ist selten genug, um mich zu veranlassen, Ihnen diesen Fall vorzuführen.

2. Dr. Mannheimer: *Fall von Acromegalie.*

Patient ist 39 Jahre alt, Lehrer, von russisch-polnischer Abstammung. Er kommt mit Klagen über Schwerhörigkeit, Rauschen im Kopf und Schwindel. Man kann ihm die Diagnose am Gesicht ablesen. Er leidet an Acromegalie und bietet alle die augenfälligen Zeichen dieser Krankheit dar: mässigen Gesichtsschädel mit grosser, wulstiger Nase, Lippen, Ohren und Zunge. Augenbrauenbögen, Jochbögen und Kinn treten stark hervor. Die Zahnreihe des Unterkiefers überragt die des Oberkiefers; die Zähne stehen auseinander. Die Lineae arcuatae des Hinterhauptsbeines bilden dicke Leisten. Der Thorax ist voluminös, namentlich im sagitalen Durchmesser erweitert. Hände und Füsse zeigen die characteristische tatzenförmige Vergrösserung der Weichtheile und Knochen. Characteristische Augenstörungen fehlen, dagegen besteht chronische Otitis media catarrhalis als Ursache der Schwerhörigkeit. Urin normal; Potenz erhalten. Innere Organe anscheinend normal.

Eine wirkungsvolle Behandlung giebt es nicht. Darreichung von Hypophysisextract ist nutzlos. Man hat versucht, die erkrankte Hypophysis operativ zu entfernen, bis jetzt ohne Erfolg.

3. Dr. O. Kiliani verliest die Krankengeschichte eines Patienten, bei dem er erfolgreich wegen Hirntumors operirt hat und demonstrirt das Präparat.

4) Dr. G. W. Jacoby: *Demonstration von Röntgen-Bildern zu dem Falle von* Dr. Kiliani.

Ich möchte zu dem von Dr. Kiliani Gesagten bezüglich der clinischen Diagnose und der Localisation des Tumors nichts hinzufügen. Obgleich sich noch mancherlei über Sensibilitätsstörungen etc. sagen liesse, will ich mich darauf beschränken, einige Bemerkungen über die Röntgenaufnahme zu machen. Bei aller Sicherheit unserer klinischen Diagnostik ist doch immerhin dieselbe mit solchen Schranken umgeben, dass jedwelche Hülfe uns sehr willkommen sein wird. Die Herren, die sich noch nicht mit der Roentgiographie des Hirns beschäftigt haben, werden vielleicht nicht einsehen, warum man eine Röntgenaufnahme des Hirns nicht mit Leichtigkeit bekommen sollte. Bedenken soll man aber, dass es sich hier um ein weiches Gewebe hinter einem dichteren, hinter Knochen handelt. Schon im Jahre 1896 hat Oppenheim in Berlin Experimente gemacht, nach welchen er 1. Tumoren, grosse und kleine, in einen leeren Schädel legte und davon Photographien bekam, welche die Tumoren zeigten; 2. hat er gehärtetes Gehirn in einen leeren Schädel gethan und er bekam wieder Bilder. Dann nahm er einen harten Tumor, legte diesen mit der Gehirnmasse in den leeren Schädel und bekam wiederum sciagraphische Aufnahmen. Ich habe seiner Zeit die Experimente nachgemacht und konnte die Beobachtungen Oppenheim's bestätigen. Aber als ich einen Schritt weiter ging und einen frischen Tumor in ein frisches Gehirn hineinlegte und das Ganze in einen leeren Schädel brachte, bekam ich vollständig negative Bilder. Auch Oppenheim's Versuche am Lebenden ein Bild eines vorhandenen Tumors zu bekommen, schlugen fehl. Bis heute ging es mir auch so, denn ich habe vielleicht 50 Aufnahmen gemacht bei Patienten, die wahrscheinlich einen Gehirn-Tumor hatten und auch bei Fällen, wo sich nachher bei der Section oder Operation herausstellte, dass die Diagnose richtig war. In keinem Falle bekam ich eine Platte, die etwas Positives erkennen liess. Positiv war nur ein Fall von Dr. Church in Chicago und von Dr. Mills in Philadelphia. In beiden Fällen handelte es sich um einen äusserst dünnen, fast durchsichtigen Schädel und um sehr harte Tumoren, Fibrocarcinome. Es liess sich daraus der Schluss ziehen, dass bei sehr dünnen Schädeln und bei sehr harten Tumoren man eine Photo-

graphie bekommen kann. Nun ist in diesem Falle hier der Schädel dick gewesen und der Tumor nicht hart. Daraus geht der Schluss hervor, dass man doch in allen Fällen unter geeigneten Umständen eine Photographie bekommen könnte. Die Frage ist nun, welches denn diese geeigneten Umstände sind. Das lässt sich schwer sagen. Aber wenn man sich das ganze Gehirn plus Meningen plus Kopfhaut plus Gefässe als ein Ganzes vorstellt, so muss doch die Stelle, an welcher der Tumor sitzt, eine Stelle des Gehirns darstellen, die consistenter ist, die also die Strahlen weniger gut durchlässt. Wenn wir also mit einem gegebenen Apparat, einer gegebenen Röhre, einer gegebenen Spule und einer gegebenen Platte arbeiten, so sollten wir bei einem normalen Gehirn so und so viele Minuten brauchen, um ein Bild zu bekommen. Von dieser Normal-Expositionszeit ausgehend sollten wir bei genügender Anzahl der Aufnahmen, in jedem Fall eine Abbildung des Tumors bekommen; die Anzahl der Aufnahmen wird aber sehr hoch sein müssen. Immerhin ist die Sache so wichtig, dass keine Mühe zu gross sein sollte. Wir dürfen die Hoffnung hegen, dass wir in Zukunft in vielen Fällen im Voraus bestimmen können, dass wir da oder dort ein positives Ergebniss bekommen können. Wir haben in diesem Falle hier zwei Platten aufgenommen, die eine Platte mit einer Expositionszeit von etwa 10 Minuten, die andere mit 11½ Minuten Dauer. Die erste Platte zeigt ganz deutlich eine lichte Stelle, die dem Sitz des Tumors entspricht. Die andere Platte zeigt immer noch eine Andeutung von dem Tumor, aber viel weniger deutlich. Die Photographien der ersten Platte zeigen das Bild vielleicht noch deutlicher als die Platte selbst. Die Photographie der zweiten Platte dagegen zeigt fast gar nichts. Im Allgemeinen sind sonst die Photographien schlechter als die Platten selbst. Wir sollten noch versuchen, Platten von dem Schädel jetzt zu nehmen, nachdem der Tumor entfernt ist. Es ist aber da noch möglich, Platten mit einem Schatten zu bekommen, weil ja jetzt Narbengewebe an Stelle des Tumors vorhanden ist.

Discussion. Dr. J. Hoffmann: Dr. Kiliani spricht von einem allenfallsigen Recidiv. Es wäre mir interessant gewesen, ein microscopisches Präparat hier zu haben. Ich will die Fähigkeit des betr. Microscopikers nicht anzweifeln, allein ich hätte mich doch gerne selbst überzeugt. Wenn es ein Gliom ist, ist es ein gutartiger Tumor, wenn es aber ein Gliosarcom ist, ist ein Recidiv sehr wahrscheinlich. Ist es ein Gliom, so bildet sich aus der Glia eine Wucherung des Nervensubstrats resp. der verkittenden Substanz mit Untergang der Nervenzellen und Kerne, wenn es dagegen ein Gliosarcom ist, entarten die Kerne. — Dr. F. Torek: Mit Bezug auf die Möglichkeit, einen Tumor innerhalb einer consistenten Hülle photographiren zu können, so habe ich unlängst ein interessantes Bild gesehen, nämlich

die Photographie eines Revolvers mit dem darin befindlichen Geschoss; das Bild war äusserst klar. — Dr. F. Maass: Der Fall ist ein ausserordentlich interessanter, aber für das Röntgenbild giebt es meiner Ansicht nach eine andere Erklärung. Es könnte sich um eine locale Sclerose des Schädels handeln. Im Allgemeinen führt Druck auf den Knochen zur Atrophie, trotzdem wäre es möglich, dass hier eine locale Sclerosirung des Schädels stattgefunden hat. Ich glaube auch, dass es zweckmässig wäre, nochmals zu photographiren und in verschiedenen Richtungen, von der Seite und von vorne.

Dr. O. Kiliani: Ich muss zunächst den Vorwurf, das microscopische Präparat nicht mitgebracht zu haben, berühren. Ich bedauere es auch lebhaft, allein ich glaube mit der einfachen Bemerkung zufrieden zu stellen, dass es sich um ein Gliosarcom handelt. Was die Bemerkung des Herrn Dr. Torek betrifft, darf ich vielleicht darauf hinweisen, dass viel feinere Unterschiede zum Ausdruck kommen können, indem es mir vor drei Jahren schon gelang, einen ganz kleinen Granulationsherd in der Tibia zu photographiren, daraufhin zu trepaniren und dabei einen ca. erbsengrossen Herd zu finden. Was die Bemerkung von Dr. Maass betrifft, so kann ich ihn beruhigen, denn 1) habe ich den Knochen in der Hand gehabt und eine Sclerose war nicht vorhanden, und 2) haben wir eine ganze Reihe von Knochenverdickungen photographirt und haben solche niemals im Bilde zum Ausdruck bringen können.

Vorträge.

Dr. Einhorn: *Zur Klinik der Achylia gastrica und der perniciösen Anaemie.*

Discussion. Dr. J. Kaufmann: Das Thema, das Herr Dr. Einhorn gewählt hat, ist gewiss ein ungemein interessantes, über das sich nach manchen Richtungen hin viel sagen lässt. Wenn man die Beziehung der Achylia gastrica zur perniciösen Anaemie erörtern will, muss man sich zunächst ganz klar darüber sein, 1) was man unter Achylia gastrica und 2) was man unter perniciöser Anaemie versteht. Was zunächst die Achylia gastrica angeht, so muss ich betonen, dass sie keine Krankheitseinheit darstellt, sondern lediglich ein Symptom. Sie besagt, dass ein Mangel an Saftabsonderung vorliegt, also eine Functionsstörung. Diese secretorische Insufficienz des Magens kann sich bei sehr verschiedenartigen Zuständen finden, einmal bei Fällen von Carcinom, die dann unter gewissen Umständen schwer als solche zu erkennen sind, wenn keine motorische Störung vorliegt. Dann wiederum findet sich die Achylia gastrica als Ausdruck einer Magenatrophie in Folge chronischer Gastritis oder in Folge mehr allgemeiner Störungen. Schliesslich findet sich Ausfall der

Secretion bei gut erhaltener Magenschleimhaut. Die Fälle, die Dr. Einhorn anführt, wo sich nach Secretionsausfall Secretion wieder einstellte, sind sehr interessant. Mir sind bisher solche Fälle nicht begegnet. Es ist mit unseren heutigen Untersuchungsmethoden in einer grossen Anzahl von Fällen von Achylia gastrica für eine Zeit lang unmöglich zu entscheiden, ob Carcinom in solchen Fällen vorliegt oder nicht. Ich will nicht weiter auf die Möglichkeit der Differentialdiagnose eingehen. Was nun das Krankheitsbild der perniciösen Anaemie angeht, so möchte ich da Dr. Einhorn nicht folgen, wenn er sagt, dass der Blutbefund kein ausgesprochener ist. Gewiss ist das klinische Bild ein sehr characteristisches, allein man ist heute ziemlich allgemein übereingekommen, nur dann von perniciöser Anaemie zu sprechen, wenn ein äusserst characteristischer Blutbefund vorhanden ist, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass neben einer ausgesprochenen Poikilocytose kernhaltige rothe Blutkörperchen, Megalo- und Normoblasten, sich vorfinden. Daneben findet sich eine Reihe anderer Erscheinungen, welche von Wichtigkeit sind, so das Verhalten der weissen Blutkörperchen, das Verhalten des Blutfarbstoffes zur Anzahl der Blutkörperchen, Polychromatoplethie u. s. w. Kurz dieses haematologische Bild ist ein sehr characteristisches. Aber so klar auch das haematologische und das klinische Bild ist, so dunkel steht es mit der Frage der Aetiologie. Man hat eine Zeit lang geglaubt, dass es sich um eine primäre parasitäre Bluterkrankung handele. Man hat auch schon seit vielen Jahren eine Gruppe abgegrenzt als gastro-intestinale Form der perniciösen Anaemie, um dadurch anzudeuten, dass die Ursache in der Erkrankung des Magendarmcanals besonders in Folge von Darmparasiten zu suchen sei. Hierher gehören auch Magendarmstörungen ohne Parasiten. Ich habe bereits vor 12 Jahren einen solchen Fall aus der Kussmaul'schen Klinik publicirt, bei dem das Krankheitsbild der perniciösen Anaemie voll entwickelt war und bei dem es gelang, durch Behandlung der langjährigen Magendarmstörungen Heilung zu erzielen. Was nun die Frage der Beziehung der Achylia gastrica zur perniciösen Anaemie angeht, muss ich sagen, dass darüber die Meinungen noch sehr getheilt sind und mit Recht. Vor allen Dingen muss auch ich bekennen, dass man eine grosse Anzahl von Fällen mit completem Mangel an Magensaftsecretion sieht, wo der allgemeine Zustand und der Blutbefund absolut normal sind. Andere Fälle wieder zeigen die Erscheinung der Abmagerung und eine dritte Gruppe weist die Erscheinungen der Achylie und perniciösen Anaemie zugleich auf. Es ist schwer, zu sagen ob in diesen Fällen die Anaemie immer die Folge des Secretionsausfalles ist. Es kann auch umgekehrt liegen, indem die anderweitig erzeugte perniciöse Anaemie die Achylie bewirkt. So gut wie bei perniciöser Anaemie Gefässerkrankungen, Netzhautblutungen etc. vor-

kommen, eben so gut kann es auch in Folge der schweren Allgemeinerkrankung zum Ausfall der Magensaftsecretion kommen. Ich möchte hier als Analogon das Verhalten der Magenschleimhaut bei Carcinom anführen, nämlich dass bei Carcinom anderer Organe, nicht des Magens, Atrophie der Magenschleimhaut ein tritt. Man wird nicht fehl gehen, wenn man diese Atrophie als Folgezustand der durch das Carcinom bedingten schweren Intoxication auffasst. Aehnlich mögen diese Dinge bei der perniciösen Anaemie liegen, bei der man auch immer wieder auf die Möglichkeit der Autointoxication zurückkommen muss. Das ist besonders klar bei den Fällen von perniciöser Anaemie nach Botriocephalus latus, die vollkommen heilen, wenn man die Parasiten abtreibt. Dagegen, dass der Ausfall der Magensaftsecretion die Ursache der perniciösen Anaemie ist, spricht nicht, dass man mit der Behandlung der Verdauungsstörungen die Bluterkrankung zur Heilung bringen kann, wie das in dem schon oben erwähnten von mir publicirten Fall geschah. Ich behandle gegenwärtig mit Dr. Geo. Jacobi einen ähnlichen Fall, wo sich das Bild der perniciösen Anaemie nach allgemeinen Störungen entwickelt hatte und wo es zu schweren Störungen seitens des Magens kam, Widerwillen gegen Nahrungsaufnahme, Erbrechen etc. Die Magenuntersuchung ergab vollständiges Fehlen der Saftsecretion. Auch hier wurden, wie in meinem ersten Fall, durch Magenspülungen, zweckmässige Diät etc. sehr wesentliche Besserung erzielt. Wir wissen, dass der Magen nicht nur ein Secretions, sondern auch ein Excretionsorgan ist und so wie z. B. Alkaloide im Magen ausgeschieden werden, kann man sich auch vorstellen, dass etwaige Toxine hier abgesondert und dann mit den regelmässigen Ausspülungen aus dem Körper entfernt werden. — Dr. Einhorn (Schlusswort): In Bezug auf das Bild der perniciösen Anaemie sagte ich, die Hauptsache ist die grosse Reduction der rothen Blutkörperchen, die Poikilocytose. Ferner wollte ich nur sagen, dass man in diesen Fällen öfters die Anwesenheit von Salzsäure findet und dass, wenn man annimmt, dass die Atrophie die perniciöse Anaemie bedingt, diese zuerst ausgebildet sein muss, bevor die perniciöse Anaemie zum Vorschein kommt. Was nun den Ausdruck „Mangel an Saftsecretion" anbelangt, so habe ich die Bezeichnung Achylie nur auf die Fälle beschränkt, wo ein vollkommenes Fehlen von Magensaft vorhanden ist. In Bezug auf Carcinom und Achylie muss ich sagen, dass die Fälle, wo Carcinom mit typischer Achylie einhergeht, wo also wenig Flüssigkeit im Magen zurückbleibt, wo die Speisestückchen ganz unverändert sind, — dass die äusserst selten sind, vielleicht ein Fall unter zehn. Das Bild ist ein ganz anderes. Selbst die Fälle von Carcinom, die mit typischer Achylie einhergehen, lassen im Grossen und Ganzen bei genauer Beobachtung gewisse Unterschiede erkennen. In Bezug auf die Behandlung

stimmen wir ja wohl alle mit einander überein. Einen Punkt möchte ich noch berühren, dass bei der Behandlung der Achylie die Magenausspülungen nicht von grosser Bedeutung sind. Der Magen ist rein, die motorische Function ist gut und mit einer Ausspülung ist nicht viel gedient. Die Diät ist die Hauptsache sowie feine Vertheilung der Speisen. Eine mehr vegetabilische Kost, gute reine Luft, langsames Essen, hygienisches Regime, Eisenpräparate, Bittermittel, Nux vomica, Quassia etc. Obgleich viele Kliniker so sehr der Ansicht sind, dass grosse Mengen Salzsäure Günstiges leisten, habe ich selbst diese Ueberzeugung nicht gewonnen. Es ist ferner in der letzten Zeit Pankreon empfohlen worden, allein auch dieses Präparat hat sich mir nicht besonders bewährt.

Hierauf folgt Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Heroterpine.* Die bekannte New Yorker Droguenfirma Schieffelin & Co. hat ein Elixir aus Heroin und Terpinhydrat hergestellt. Ein Kinderlöffel des Elixirs enthält 2 Gran Terpinhydrat und 1-24 Gran Heroin. Das Fabrikat trägt den Namen *Heroterpine-Schieffelin.*

— *Jodipin.* Winternitz, der das Jodipin in die Therapie eingeführt hat, hat neuerdings eine interessante Arbeit über die physiologischen Grundlagen der Jodipintherapie veröffentlicht, aus welcher einige für den Practiker wichtige Punkte mitgetheilt werden sollen. Nach Winternitz ist die percutane Verreibung des Jodipins zu therapeutischen Zwecken physiologisch nicht gerechtfertigt. Versuche haben gezeigt, dass auch bei energischer Verreibung in die Haut eine Resorption von Jodipin nicht erfolgte. Auch wenn man die Einreibungen in grösserem Umfange längere Zeit hindurch fortsetzt, erfolgt keine Resorption, der Harn bleibt jodfrei; die normale Haut ist für Fette vollständig undurchlässig. Die rectale Anwendung ist irrationell, es findet zwar, wie nicht anders zu erwarten, eine Resorption statt, aber sie geht über 10 Procent nicht weit hinaus. Durch Zusatz von Pancreassubstanz, wie dies Leube für Fettclysmata empfohlen hat, kann die Ausnützung erheblich gesteigert werden, aber auch hier kommen individuell grosse Schwankungen vor.

Es kommt daher nur die innerliche und subcutane Anwendung des Jodipins in Betracht. Für die innerliche Anwendung empfiehlt sich das 10 proc. Präparat, während für Injectionszwecke am besten das 25 proc. Jodipin gebraucht wird. Bei der innerlichen Anwendung kommt das Jodipin im wesentlichen unverändert in den Darm, eine Spaltung des Mittels durch den Speichel findet nicht statt. Ebenso passirt das Jodipin den Magen im wesentlichen unverändert; jedenfalls wird kein Jod frei. Im künstlichen und natürlichen (normalen) Magensaft erfolgt auch nach sehr

langer Einwirkung keinerlei Jodabspaltung. Auch im Mageninhalt bei den verschiedensten pathologischen Zuständen hat W. innerhalb der Verweildauer eines Probefrühstückes nie eine Jodabspaltung feststellen können. Eine bacterielle Zerlegung des Jodipins findet ebenfalls nicht statt. Im Magen erfolgt aber auch keine Resorption, wie dies nicht anders zu erwarten war, das Fette und Fettsäuren vom Magen nicht aufgesaugt werden. Erst nach dem Uebertritt des Jodipins in den Darm erfährt es alle jene Veränderungen, denen die Fette überhaupt unter der Einwirkung von Galle, Pancreas- und Darmsecret anheimfallen. Vom Darm aus erfolgt nun die Resorption des Jodipins, und zwar handelt es sich hier um die gleichen Resorptionswege und Resorptionsvorgänge wie bei den Fetten überhaupt. Im Blute circulirt Jodipin in feinster Zerstäubung und giebt von seiner Oberfläche Jodspuren durch Contactwirkung an die Alkalisalze des Blutes ab. Der ganze Vorgang von der Einnahme des Jodipins per os bis zur deutlichen nachweisbaren Jodausscheidung im Harn bezw. Speichel vollzieht sich in wenigen Minuten. Die Ausscheidungsdauer des Jods nach einer Gabe von 10 g Jodipin beträgt unter gewöhnlichen Ernährungsbedingungen 4—6 Tage, bei der entsprechenden Menge Jodkali 2—3 Tage. Giebt man 3 Tage hintereinander 3 mal täglich 1 Theelöffel Jodipin (rund 40 g), so hält die Jodausscheidung, von der Darreichung der letzten Jodipingabe an gerechnet, 5—10 Tage an. Dass ein wechselnder, wenn auch geringer Antheil des Jodipins der Darmresorption entgeht und ungenützt mit den Faeces ausgeschieden wird, ist für die Praxis ohne Bedeutung, da die Hauptmenge des intern eingeführten Jodipins jedenfalls zur therapeutischen Wirkung gelangt.

Betreffs des Schicksals, welches das Jodipin nach Einspritzung unter die Haut erfährt, ist folgendes zu sagen: Vom Orte der Injection aus vertheilt sich das Jodipin auf weite Strecken, dringt in alle Gewebslücken und Spalten vor, wird aber nur äusserst langsam resorbirt. Bei den geringen Jodipinmengen, die auf diese Weise täglich und stündlich in den Kreislauf gelangen, fällt der grösste Theil der Oxydation anheim und es verbleiben nur minimale Jod-Fettmengen im Blut; ein kleiner Theil wird in den Organen abgelagert, vorübergehend oder längere Zeit hindurch, je nach den Ernährungsbedingungen. Diese langsame und stetige Resorption des Jodipins ermöglicht allein seine subcutane Verwendung zu therapeutischen Zwecken. Die Jodausscheidung durch den Harn hält ausserordentlich lange an. Das bei der Oxydation des Jodipins freiwerdende Jod wird der Hauptsache nach in Jodkali übergeführt und als solches im Harn ausgeschieden. Eine minimale Jodausscheidung erfolgt auch durch die Faeces, sie bedeutet, da es sich um Jod handelt, das bereits die Gewebe passirt hat, keinen Verlust; das injicirte Jodipin kommt voll und ganz zur Ausnutzung.

Die protrahirte Ausscheidung des Jods empfiehlt die Anwendung des Jodipins insbesondere für die Behandlung des bronchialen Asthmas, der Arteriosclerose (luetische Endarteriitis) und der Bleikolik; hier kommt die vasodilatatorische Wirkung des Jods zur Geltung, die sich speciell bei der subcutanen Anwendung des Jodipins schon nach wenigen Injec-

tionen in einem erheblichen Absinken des Blutdruckes äussert. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 29.)

— *Sublamin.* Das Sublamin erwies sich schon bisher viel nützlicher als das Sublimat bei der Desinfection der Hände, weil es die Haut nicht reizt und dabei tiefer wirkt wie das Sublimat. Es wurde mit grossem Vortheil in der Gynäcologie, Zahnheilkunde und bei der Behandlung der Syphilis verwendet. Imre benutzte das Sublamin seit einem Jahre in der Hospitalpraxis zur Behandlung der Conjunctivitiden, theils zu Zwecken der üblichen Desinfection (in der Umgebung des Auges vor der Operation, zur Aufsaugung der Wattebäusche, Ausspritzung des Thränensackes u. dgl.). Er berichtet über seine Resultate und Erfahrungen mit Sublamin in dieser Beziehung in einer lesenswerthen Arbeit „Das Sublamin als Desinfectionsmittel der Conjunctiva". (Die Heilkunde, 1903, No. 9.) Nach I. gewährt das Sublamin den grössten Nutzen bei der Behandlung der verschiedenen Formen der eitemden Bindehautentzündung. Die Hauptbedingung der Behandlung dieser Fälle ist die sorgfältige Ausspülung, öfteres Entfernen und Auswaschen des Secretes; je früher zur Behandlung gegriffen wird, desto wahrscheinlicher ist es und um so eher zu hoffen, dass schon zufolge der sorgfältigen Reinigung das Leiden behoben und die Cornea gerettet wird. In manchen Fällen ist der chemische Gehalt der verwendeten Spülflüssigkeit von keiner Bedeutung, in Fällen von heftiger Eiterung jedoch ist eine pilztödtende Wirkung unbedingt nöthig, und hierzu ist das Sublamin in einer 1 pro mille Lösung vorzüglich geeignet. Das Sublamin wird leicht vertragen und werden stechendes Gefühl, Röthe, schleimiges Secret selbst auf heiler Bindehaut kaum verursacht. In wiederholten Fällen leistete ferner das Sublamin gute Dienste bei der Blenorrhoea neonatorum. Die von I. angewandte Behandlung besteht darin, dass regelmässige Sublaminausspülungen — eventuell mit Protargoleinträufelungen verbunden — vorgenommen werden. Auch in Trachomfällen benützt I. zu desinficirenden Spülungen das Sublamin. Früher liess er zu diesem Zwecke Borwasser gebrauchen; seit er jedoch an dessen Stelle das Sublamin verwendet, klären sich und heilen selbst die reichlich secernirenden, stark verrucösen und verdickten Conjunctiven entschieden rascher. Das Sublamin hält I. daher für derartige Zwecke für weit geeigneter wie die Borsäure. Sublimat wendet er nicht gerne an, weil eine genügend wirksame Solution von der Conjunctiva nicht gut vertragen wird, während die Patienten gegen das Sublamin nie Klage führen.

— *Tropon und die Stuttgarter vereinigten Ortskrankenkassen.* Um zu zeigen, in welch hohem Maasse sich das Tropon als Nährmittel eingebürgert hat, dürfte die Veröffentlichung einiger Stellen aus dem Berichte der Stuttgarter Ortskrankenkassen pro 1902 nicht ohne Interesse sein. In dem betr. Berichte heisst es u. a.: In erster Linie ist, unter Fortgewährung des Verbandmateriales für chirurgische Fälle, der Wegfall freier Arzneimittel für die Familienangehörigen, so weit solche bis jetzt aus den Apotheken bezogen worden sind, gedacht und als Ersatz für solche

die Gewährung von Tropon und Milch als thatsächliche Nährmittel in Aussicht genommen, um den Mitgliedern und deren Angehörigen endlich die Ueberzeugung beizubringen, dass viele Krankheiten bei Beobachtung gesundheitlicher Verhaltungsmaassregeln genau so schnell oder vielleicht noch schneller ausheilen, als wenn erst Kolben voll Arzneien verschrieben sind, die vielfach nicht genommen, von den Kassen aber selbstredend bezahlt werden mussten. Nirgends, so heisst es in der Begründung, ist der Arzneihunger so gross wie in den Kreisen der Kassenmitglieder, und diesem muss endlich einmal, so weit es möglich ist, gesteuert werden, damit die Kassen in der Lage sind, in wirksamer und ausgiebiger Weise da mit ihrer Unterstützung einzusetzen, wo solche den Kranken auch wirklichen Nutzen bringt. . . . . Im Jahre 1902 sind an Tropon abgegeben worden ca. 7 Centner, werden nun für künftige Jahre durchschnittlich 50 Centner mit einem Durchschnittspreis von 300 Mark angenommen, so ergiebt dies eine Ausgabe von 15,000 Mark. An Milch werden angenommen jährlich 200,000 Liter etc. . . . . An die Familienangehörigen wird gewährt freie ärztliche Behandlung, Tropon, Milch und das nöthige Verbandzeug. (Neues Tagblatt und General-Anzeiger für Stuttgart und Württemberg, 21. August 1903.) Es könnte kaum eine bessere Empfehlung für Tropon geben, als dies in dem angeführten Krankenkassenbericht und durch die darin mitgetheilten Zahlen geschieht.

Kleine Mittheilungen.

— Zur Zeit existirt eine Knappheit im *Leberthranmarkt* und das Product ist dermaassen im Preise gestiegen, wie dies kaum je zuvor der Fall war, ein Umstand, der bei der grossen Nachfrage nach Leberthran von allen Seiten nicht ohne Belang ist. Um so angenehmer berührt die Ankündigung der bekannten Firma Scott & Bowne, dass trotz der Preissteigerung des Leberthrans der Preis der *Scott'schen Emulsion* nicht gesteigert würde, dass ferner die genannte Firma im Stande ist, allen Nachfragen gerecht zu werden. Die Scott'sche Leberthranemulsion ist bei weitem die bekannteste und der Name der Firma Scott & Bowne bürgt für die Güte und Zuverlässigkeit des Präparates.

— *The Medical Magazine*, das bisher in Milwaukee, Wis., herausgegeben worden war, hat sein Erscheinen eingestellt.

— Wie uns mitgetheilt wird, hat sich der *Arzneimittelschwindel* nunmehr auch des *Aspirins* bemächtigt, indem einzelne gewissenlose Apotheker an Stelle von Aspirin ein Gemisch abgeben, das fast gänzlich aus Natrium salicylicum besteht. Dabei ist der Preis des Aspirins ein so geringer, dass dasselbe auch den ärmsten Patienten zu Gute kommen kann. Es wäre höchste Zeit, dass diesem schamlosen Treiben endlich

ein Ende gemacht würde, vor allem sollten die anständigen Apotheker selbst darauf dringen, dass die Fälscher gebrandmarkt werden. Andererseits sollte unserem Board of Health mehr Macht in dieser Hinsicht verliehen werden, da es nicht genügt, die Fälschungen aufzudecken; die Fälscher müssen vielmehr bestraft und ihre Namen veröffentlicht werden.

— Das *Comité zur Errichtung eines Denkmals für Rudolf Virchow* hat d. d. 13. October 1903 folgenden Aufruf erlassen:

Heut, an Rudolf Virchow's 82. Geburtstage, ist ein Jahr verflossen, seitdem wir uns mit der Bitte um Beiträge zu einem Denkmal des dahingeschiedenen Meisters an die weitesten Kreise unserer Nation gewendet haben. Unsere Aufforderung hat allseitigen Wiederhall gefunden. Bereits sind reiche Gaben, nicht nur aus Deutschland, sondern auch, was wir mit besonderer Freude begrüssen, von Verehrern und Schülern Virchow's aus fremden Ländern bei uns eingegangen. Wir sagen allen Spendern schon heut unseren herzlichsten Dank; ein Verzeichniss der eingegangenen Beiträge werden wir in nächster Zeit veröffentlichen.

Die Höhe der bisher verfügbaren Mittel berechtigt uns zu der Hoffnung, dass unser Plan, Rudolf Virchow an öffentlicher Strasse Berlins, nahe der Stätte seiner ruhmreichen wissenschaftlichen Wirksamkeit, ein Standbild zu errichten, demnächst festere Gestalt annehmen wird.

Um eine künstlerisch werthvolle Ausführung zu sichern, bedarf es freilich noch weiterer Spenden. Wir sind überzeugt, dass noch viele unserer Landsleute aus allen Bevölkerungsklassen, denen Rudolf Virchow's Thätigkeit auf wissenschaftlichem, hygienischem oder communalem Gebiete zu Gute gekommen ist, gern die Gelegenheit benutzen werden, sei es auch mit der bescheidensten Gabe, dem Gefeierten den Zoll ihrer dankbaren Bewunderung darzubringen, und fordern hierdurch nochmals zur Einsendung von Beiträgen auf, damit dereinst ein würdiges Denkmal Zeugniss ablege von der hohen Werthschätzung, welche die deutsche Nation dem grossen Forscher über das Grab bewahrt hat! Der geschäftsführende Ausschuss des Comités zur Errichtung eines Denkmals für Rudolf Virchow.

— *Verzogen*: Dr. Ernst Danziger nach 1309 Madison Avenue, und Dr. B. Morjé nach 1291 Madison Avenue.

— Ein Arzt, in den 70er Strassen, westlich von der Lexington Avenue wohnend, würde einen Collegen die Office unter günstigen Bedingungen mitbenutzen lassen. Anzufragen bei der Redaction dieser Monatsschrift.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, November 1903. No. 11.

ORIGINALARBEITEN.

Das heisse Vollbad.*)

Von Dr. Friedrich Grosse, New York.

Das heisse Vollbad ist als scharf begrenzter Begriff erst 1893 auf dem 12. Congresse für innere Medicin in Wiesbaden durch Baelz[1]) in den Heilschatz eingeführt worden. Wenn auch früher heisse Bäder gegeben wurden, so geschah dies meist ohne bestimmte Vorstellungen, ja, oft lediglich durch Zufall. Warm und heiss wird von Laien, Aerzten, ja selbst von speciellen Hydrotherapeuten oft noch heute synonym gebraucht, wenn es sich um Vollbäder handelt. Und selbst experimentelle Arbeiten machten früher meist bei 40° Halt, so dass die meisten Daten über „heisse" Bäder ohne bestimmtere Angaben von Dauer und Graden nicht ohne weiteres brauchbar sind. Infolge der Baelz'schen Anregungen haben sich zahlreiche Autoren mit der Frage beschäftigt, deren Arbeiten indess weit zerstreut sind. Die Resultate sind gleichwohl noch nicht genügend geklärt, es ist vielmehr zu einer gewissen Confusion auf dem Gebiete gekommen, indem sogar Lehrbücher der Hydrotherapie das warme und das heisse Vollbad vielfach in einem Capitel behandeln, wobei dann oft die für eines von beiden geltenden Angaben ohne scharfe Trennung für das andere miteingesetzt werden;

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Med. Gesellschaft der Stadt New York, am 5. October 1903.

und doch wäre eine solche hier ebenso am Platze, wie zwischen indifferenten und warmen Bädern.

Während die Grenzen für das indifferente Bad überall bestimmt als zwischen 34—37° liegend angegeben werden, herrscht von 37° ab totale Anarchie. Kellogg[2]) nennt in seinem ausgezeichneten Buche ein Bad von 37—40°, Matthes[13]) von 37—45° heiss, Botteyˢ) von 37° ab très chaud. Baruch[3]) behandelt alle diese Bäder unter der Capitelüberschrift „warme" Bäder. Dabei bezeichnet er solche über 40° als heiss, Kellogg als sehr heiss. Baelz nennt solche von 40° mässig heiss, von 42° ab sehr heiss. Es ist klar, dass, wenn nun von dem einen die Dauer auf 2—10, von einem anderen auf 5—15 und von einem Dritten bis zu 60 Minuten angegeben wird, die Resultate himmelweit verschieden ausfallen müssen.

Allerdings wird in mancher Hinsicht mit einem länger dauernden Bade von niederer Temperatur der gleiche Effect zu erzielen sein, wie mit einem höher temperirten von kürzerer Dauer, aber es kommen doch eine ganze Reihe von Erscheinungen bei heissen Bädern in Betracht, die bei weniger warmen nicht zu Stande kommen. Wenn man weiter bedenkt, wie schwer es oft für den weniger Erfahrenen ist, für den speciellen Fall die Dauer aus den Angaben der Literatur richtig zu wählen, so dürfte es wünschenswerth erscheinen, die Begriffe schärfer zu fassen.

Bäder von 37—39° können eine längere Dauer haben, ehe es zu Herzerscheinungen kommt, während solche von 41—45° nur kurz sein dürfen; bezüglich der letzteren werden die unteren Grade vielleicht noch 15 Minuten vertragen, während die höheren nur wenige, bis höchstens 10 Minuten dauern sollten. 37—39° Bäder nähern sich in ihrer Wirkung noch mehr den indifferenten, da sie immer noch eine gewisse sedative Wirkung ausüben, indess die zweite Gruppe ganz andere Erscheinungen hervorbringt, da sie positiv erregend wirkt. Demnach dürfte es sich empfehlen, 37—38°, vielleicht auch noch 39° einfach als „warme" zu bezeichnen, und für solche von 41° ab ausschliesslich die Benennung „heisse" zu gebrauchen. Dann würde schon der Name eine gewisse Grenze für die Dauer und die ausgesprochenen physiologischen Effecte andeuten. Nach Baelz „mässig heiss" und „sehr heiss" zu unterscheiden, hat sich be-

reits als unzweckmässig erwiesen, denn diese Bezeichnungen sind in der Literatur so gut wie nirgends durchgeführt. Baelz hat zwar bei seinen Angaben immer möglichst heisse Bäder im Auge, wie sie eben in Japan üblich sind, aber die Grenze für die Erträglichkeit liegt bei uns, wenn man die Literatur durchgeht, im Allgemeinen bei 42—43°, und 6—8—10 Minuten Dauer, welche einerseits stets hinreichen dürften, den gewünschten Zweck zu erzielen, und andererseits bei einiger Vorsicht nie zu unliebsamen Erscheinungen führen. Damit würde der Begriff „heisses Bad" ein solches bedeuten von 41—43 (vielleicht auch 45)° von 6—10 Minuten Dauer. Und dieses verdient eine viel entschiedenere Beachtung seitens der Aerzte, als es bisher der Fall gewesen ist. Das sagt schon Baelz, und die seitdem erschienenen Schriften bestätigen es. Wer sich einmal mit ihm vertraut gemacht hat, wird oft nicht umsonst seine Zuflucht zu demselben nehmen, wenn ihm andere Mittel versagen. Ich habe dasselbe seit 1893 in Tausenden von Fällen empfohlen, und verdanke ihm manchen schönen Erfolg. Ich glaube, dass es mit zu den wirksamsten therapeutischen Mitteln überhaupt gerechnet werden kann.

Technik: Das Bad reicht als Vollbad bis zur Fossa jugularis. Die Temperatur beträgt 42°. Der Patient steigt langsam in dasselbe, so dass 1—2 Minuten vergehen, ehe er ganz eingetaucht ist, denn viele empfinden diese Grade schon entschieden schmerzhaft und lassen sich dann leicht abschrecken. Der Badende soll sich mit dem Rücken bequem auflegen und sich in dem Bade weder waschen noch unnütz bewegen, weil dann das Wasser weniger heiss empfunden wird. Er bleibt in dem Bade so lange, wie er es als *angenehm* empfindet; sobald seine Schläfenarterien unangenehm pulsiren, oder sich ein Gefühl von Unsicherheit bemerkbar macht, hat er dasselbe zu verlassen. Unter keinen Umständen soll er im ersten Bade länger als 8 Minuten verharren, auch wenn er sich wohlfühlt. Eine Abkühlung durch Douche, kalte Waschung oder Zulassen von kaltem Wasser soll nicht erfolgen, ausser bei einer eventuellen Schwächeanwandlung. Das Aufstehen soll wiederum langsam vor sich gehen, und das Abtrocknen geschieht am besten im Sitzen: Vorschriften, die beide bezwecken, Ohnmachtsanwandlungen zu verhüten.

Bei stricter Beobachtung dieser Technik ist mir in der Praxis

nie ein unliebsamer Zufall vorgekommen, und ist selbst eine besondere Fürsorge für den Kopf, wie kühler Umschlag oder vorheriges Waschen des Hauptes mit heissem Wasser, für gewöhnlich unnöthig, mag aber bei längerem Verweilen im Bade geschehen. Bei Kindern lasse ich das Bad mit 39—41° zu drei Viertel gefüllt, beginnen; nach einer Minute hat sich das Kind mit der Wärme ausgesöhnt, sodass man bis zu 42—43° zugiessen kann, ohne dass dasselbe sonderlich widerstrebt. Bei dieser Temperatur bleibt das Kind noch 4—5 Minuten im Bade, *ohne* in demselben frottirt zu werden. Dann wird es unabgetrocknet lose in ein trockenes Laken eingeschlagen und zu Bett gebracht, um 1—3 Stunden nachzudunsten. Erwachsene können gleichfalls, wenn sie das Bad zu Hause nehmen, in derselben Weise unabgetrocknet nachschwitzen. Zahl der Bäder 1—2 pro Tag, in besonderen Fällen auch 4—6. Wenn die Bäder gut vertragen werden, kann man die Temperatur bis zu 45° oder die Dauer um einige Minuten ausdehnen, indess habe ich mich niemals veranlasst gesehen, mehr als 43° und 10 Minuten zu empfehlen, und halte ich ein forcirtes Vorgehen im Allgemeinen für unnöthig oder doch nur in besonderen Fällen für angebracht.

Physiologie: Während des Einsteigens in das Bad kommt es infolge des intensiven Hautreizes zu einer Gefäss- und Muskelcontraction in der Cutis mit Blässe und Gänsehaut. Beides wird nach kürzester Frist von Gefässdilatation abgelöst, so dass beim Verlassen des Bades die Haut mehr oder weniger scharlachroth aussieht. Diese Dilatation ist passiver Art, und die unmittelbare Folge einer temporären Lähmung der Constrictoren und daher von der Reaction nach kurzen Kältereizen verschieden. Letztere haben für die nächste Zeit keine Gefässcontraction zur Folge. Aus diesem Grunde sind auch die Abkühlungen wie nach indifferenten oder warmen Bädern unsinnig. Aus denselben Gründen kann aber auch nach dem Bade für die nächste Zeit keine Erkältung eintreten, für deren Zustandekommen man eine Contraction der Hautgefässe mit gewaltsamer Zurückdrängung des Blutes zu den inneren Organen annimmt. Deshalb können die Bäder auch bei Sturm und Schnee ausserhalb des Hauses genommen werden, wenn der Patient innerhalb einer viertel bis halben Stunde wieder in ein Milieu kommt, in welchem er sich nicht mehr erkälten kann. Hier liegt ein gewaltiger Unterschied

und Vortheil vor anderen wärmesteigernden Proceduren. Die Arterien sind erweitert und geschlängelt. Das Sphygmogramm zeigt steile Curven und oft Dicrotie, und die Elasticitätswellen fehlen. Die Hyperämie der Haut bedingt Anaemie der inneren Gefässbezirke. Für letzteres spricht unter anderem das Aufhören von Menorrhagien, während man auf eine Hirnanaemie nach Schueller's[28]) Experimenten schliessen muss. Oliver sah z. B. auch die Radialis deutlich enger werden. Auch sahen Leared, Wordsworth und Allport[4]) bei türkischen Bädern eine wesentliche Abblassung des Opticus und eine Verengerung der Retinalgefässe auftreten, was sie als Zeichen verminderter Gehirncirkulation ansahen. Und es liegt wohl kein Grund vor, dass dies nicht auch im heissen Bade der Fall ist. In pathologischen Fällen mit venösen Stauungen in inneren Organen werden diese zeitweise behoben und dadurch ein rascherer Blutwechsel ermöglicht, welcher nicht zu tiefgreifende Processe im Gewebe restauriren kann, wie z. B. die prompten Erfolge bei den Erkältungscatarrhen der Luftwege darthun.

Die in den letzten Jahren viel besprochenen Veränderungen der Blutzusammensetzung haben sich als nicht wesentlich herausgestellt und beruhen lediglich auf einer Aenderung der Blutvertheilung. Nur die Leucocyten sind vermehrt, ein Zustand, der manchmal bis zu 24 Stunden nachweisbar bleiben soll.[6]) Die Verminderung der rothen Blutkörperchen in den grösseren Arterien erklärt sich durch deren Vermehrung in den erweiterten kleinen und kleinsten Gefässen und durch Stauung in inneren Organen (Leber). Eine Eindickung des Blutes findet auch bei sehr forcirten Eingriffen nur in minimalem Grade statt, da Serum aus den Körpergeweben in die Gefässe zurückströmt. In diesem Falle wurden z. B. die Muskeln wasserärmer und auch das Serum dichter gefunden.[26]) Bei kurzen Versuchen blieb die Serumdichte dieselbe, und dies dürfte auch für das „heisse Bad" zutreffen. Uebrigens bestritten letzthin Krebs und Martin[27]) diese Ergebnisse früherer Forscher gänzlich. Die Alkalinität des Blutes wird etwas herabgesetzt.[25])

Die Herzthätigkeit ist beschleunigt, der Puls steigt schnell auf 100, 120 und mehr. Er ist voll und gross, aber weich. Das Bad wirkt bei seiner kurzen Dauer stimulirend auf das Herz,

kann aber, wenn übermässig ausgedehnt, zu Herzschwäche führen.

Wenn einzelne Autoren diese Bäder 20 und selbst 60 Minuten währen lassen, so kann ich mir das nur so erklären, dass sich das Wasser bei ihnen sehr rasch abkühlt. Meine Wanne verliert z. B. in 10 Minuten 3, in 15 4 und in 25 Minuten 7 Grad. Meines Erachtens kommt man mit wenigen Minuten vollkommen aus. Die Pulsbeschleunigung hält nach dem Bade noch bis zu drei Stunden an; in Fällen abnormer Pulsverlangsamung auf Grund autotoxischer Einwirkungen kann diese Beschleunigung auch dauernd einen normalen Puls wieder herstellen.

Die Respiration ist beschleunigt und vertieft, der Gaswechsel erhöht.

Die Diurese ist vermindert, der Harn saurer, die Schweissproduction colossal gesteigert. Sie geht nach Ries — entgegen der üblichen Anschauung — auch *während* des Bades vor sich und hält auch nach demselben noch eine Weile an, besonders wenn der Patient nachdunstet. Vergleichende Untersuchungen ergaben bei Hess, Zelenetzky[15]) u. a., dass die Schweissmenge viel grösser ist, und zwar die Minimal-, die Maximal- und die Mittelzahlen, als nach irgend einer anderen Procedur. Die Eigenwärme steigt sehr rasch an, rascher als bei irgend einer anderen Badeform. Bei 42° und 8 Minuten beobachtet man eine rectale Steigerung von 1,2 Grad und mehr. Diese Erwärmung findet statt hauptsächlich durch die Circulation, wenig durch directe Leitung, etwas durch vermehrte Production.

Das Bad wird von vielen in den ersten Augenblicken eher als schmerzhaft, denn als heiss empfunden. Doch weicht dies Gefühl in kürzester Frist dem der ausgesprochensten Behaglichkeit. Das gesammte Nervensystem erfährt allgemein und local eine vorübergehende Erregung, welche auch allen übrigen Zellen zu Theil wird. Uebrigens sind die von der Haut her auslösbaren Reflexerscheinungen an inneren Organen, z. B. am Herzen, nicht aufgehoben.

Nach Maggiora und Vinaj[10]) soll die Muskelleistung nach 40° *Bädern* herabgesetzt, durch 41° *Douchen* jedoch erhöht werden. Vielleicht waren die Bäder nicht heiss genug, wenigstens sprechen diese Angaben gegen die Erfahrungen

Baelz's und Determann's, welche, in dem Bade ein Erfrischungsmittel erblickend, es direct nach Anstrengungen empfehlen. Ich möchte bestätigen, dass, wenn auch das erste Bad manchmal, wie dies ja bei Ungewohnten bei allen Bädern vorkommt, eine gewisse Müdigkeit hervorruft, sie doch später bestimmt eine anregende Wirkung auf Geist und Körper ausüben.

Nach den Experimenten des jüngeren Winternitz[21]) ist die CO_2 Abgabe und O_2 Aufnahme, auch auf Kosten der stickstofffreien Körper, vermehrt, und zwar in einem Grade, der den Umsatz bei fieberhaften Erkrankungen sogar übertrifft. Bezüglich des Stickstoffwechsels lassen die letzten Arbeiten wohl kaum einen Zweifel mehr, dass derselbe gesteigert ist. Doch dürfte diese Erscheinung bei 42° und 8 Minuten Dauer nur unbedeutend sein, so dass ich trotz der Empfehlungen von manchen Seiten das Bad für wenig rationell für Entfettungscuren halte. Mehrere Autoren sahen sogar nach längeren Curen das Gewicht zunehmen.

Eine Resorption von Zusätzen zum Badewasser findet nur bei keratolytischen Substanzen statt.

Im Allgemeinen gleicht die Wirkung des heissen Bades, die im Grossen und Ganzen übrigens noch weit von voller Klarheit entfernt ist, derjenigen anderer wärmezuführender Proceduren, wie Dampf-, Heissluft-, Sand- und Lichtbädern. Vor allen hat es eine grössere Steigerung der Temperatur und Schweissproduction voraus.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass die Wirkung einer ganzen Reihe von Thermen einerseits und andererseits von Bädern mit künstlichen Zusätzen, wie Lohe, Tannin, Salz u. s. w. in erster Reihe der hohen Temperatur zuzuschreiben ist, die in denselben zur Anwendung zu gelangen pflegt. Und ich halte eine Bemerkung von Baelz, dass bei allen diesen eine höhere Temperatur und kürzere Dauer noch bessere Resultate zeitigen würde, als bisher der Fall ist, für sehr angebracht.

Nicht unerwähnt mag die Wahrnehmung verschiedener Beobachter bleiben, dass bei längeren Curen der Puls allmählich weniger frequent und die Schweissmenge nach und nach geringer wird. Demnach müsste also eine Accommodation des Organismus eintreten, was ich in Anbetracht der japanischen Bräuche nicht für so unmöglich halten möchte.

Bemerkt werden mag auch noch, dass nach Foss[14]) die bei längerem Verweilen im Bade eintretenden Erscheinungen von Seiten des Herzens, Hirns und der Respiration durch O_2-Einathmungen verhütet und beseitigt werden sollen. Dadurch können die Bäder da, wo es wünschenswerth erscheint, zumal wenn die oben erwähnte Fürsorge für den Kopf getroffen wird, ohne Schaden forcirt werden.

Nach alle dem dürfte die Wirkung des Bades beruhen:

1) auf einer mächtigen Stimulation des gesammten Nervensystems für kürzere Zeit;

2) auf einer gewaltigen Revulsion der Circulation im Sinne einer Hyperaemisirung der Haut und Entlastung innerer Organe;

3) auf einer Anregung der Perspiration, welche an Stärke allen anderen Badeformen überlegen ist:

4) auf einer Steigerung des Stoffwechsels und

5) kommt oft vielleicht auch die Leucocytose in Betracht.

Das heisse Bad wäre demnach indicirt:

Erstens: wo wir dem Stoffwechsel einen kurzen, aber energischen Anstoss zu geben, gewissermaassen ein Heilfieber hervorzurufen wünschen. Denn, wie Virchow einmal sagt, „es kann geschehen, dass ein Fieber salutär wirkt, dass insbesondere ein schon bestehender Fehler in dem grossen febrilen Stoffwechsel mit verbrannt werde". Und Liebermeister meinte in der „Zeitschrift für Physikalische und Diätetische Therapie": „Es ist wohl annehmbar, dass schädliche, organische Substanzen, die im Körper eine Giftwirkung ausüben, um so leichter oxydirt und unschädlich gemacht werden, je lebhafter der gesammte Stoffumsatz, die Verbrennung im Körper ist". Auch soll nach Emmerich und Trubois die Wirkung der Buechnerschen Alexine durch Wärme gesteigert werden.

Zweitens: wird das Bad da indicirt sein, wo wir toxische Stoffe zu eliminiren wünschen, sei es nun, dass es sich um Hg, As, KJ oder dergl. handelt, oder um Autotoxine. Die grössere Giftigkeit des durch physicalische Mittel gewonnenen Schweisses ist mehrfach in der Literatur nachgewiesen worden. Nach Brunner[23]) sollen durch den Schweiss sogar Bacterien ausgeschieden werden, wie er für den Staphylococcus albus und aureus, für den Anthraxerreger und den Prodigiosus nachgewie-

sen hat, so dass Kabierske direct von einer Desinfection des Körpers sprechen zu können glaubte.

Eine dritte Indication wäre da gegeben, wo es Exsudate und Stauungen zu beheben gilt.

Und viertens käme das Bad da in Betracht, wo man eine energische Anregung der gesammten vitalen Zellthätigkeit herbeizuführen wünscht. Denn, um Bosanyi zu citiren, „es nimmt unter dem Einfluss der Wärme die Beweglichkeit des Protoplasmas zu, die Thätigkeit der Blutgefässe und die Leistung des Nervensystems und der Drüsen wird erhöht."

Was nun specielle Indicationen angeht, so ist das heisse Bad nach allen Beobachtern das souveräne Mittel gegen die acuten Erkrankungen der oberen Luftwege. Drei Bäder, in 12stündigen Intervallen gegeben, beseitigen den oft unangenehmen Schnupfen der Säuglinge und der Erwachsenen. Bei Laryngitis, Tracheitis, bei Bronchitiden und Bronchopneumonien sind die Resultate nach Rix, Lasègue, Baelz, Baruch, Matthes, Kellogg u. a. ausnahmslos gute. Putzer[19]) empfahl es noch auf dem Berliner Balneologencongress gegen Stenoseerscheinungen bei Masern. Juergensen[12]) u. a. lassen nur 40° baden, aber länger; nach meinen Erfahrungen ist das heisse Bad schonender und wirksamer. Bei Pseudokroup dürfte kein anderes Mittel ähnliche prompte Resultate aufweisen. Weiter geben Asthmaanfälle verschiedener Provenienz gute Erfolge, doch muss man bei cardialem Ursprunge vorsichtig sein. Emphysem und Pleuritis sicca gehören gleichfalls hierher. Insofern manche beim Heufieber eine gichtische oder nervöse Basis annehmen, dürfte sich ein Versuch auch bei diesen sowie bei Hydrorrhöen der Nase empfehlen.

Herzschwäche ist bei sonst intactem Organe bei der Kürze der Application keine Contraindication, ebenso wenig wie compensirte Herzerkrankungen, z. B. nach Rosenthal[20]) Klappenfehler und auch Angina pectoris. Ich selbst sah einmal bei Asthma cardiale in Folge einer Mitralinsufficienz das Bad überraschend gut wirken, und andere Beobachter theilen ähnliche Fälle mit. Es dürfte sich hier aber empfehlen, stets das Bad selbst zu überwachen und tastend vorzugehen.

Bei Erkrankungen der Nieren sind warme und heisse Bäder seit langem im Gebrauch. Es ist nicht immer leicht, zu entschei-

den, wo mehr kühle, wechselwarme oder heisse Proceduren angebracht sind. Wo jedoch letztere in Betracht kommen, scheinen heisse Bäder den Vorzug zu verdienen. Denn einmal ist die Schweissmenge bei ihnen am grössten, und dann sind sie auch für das Herz schonender. Wiederholt ist in der Literatur auch direct bemerkt, dass die Patienten sie anderen Applicationen vorziehen. Soweit es der vorliegende Fall zulässt, gehen Wasseransammlungen und Eiweiss oft unerwartet schnell zurück. Auch urämische Erscheinungen bilden wohl kaum eine Contraindication, zumal wenn reichlichste Flüssigkeitsaufnahme nicht versäumt wird. Allerdings setze ich dabei eine in meinem Sinne richtige Technik voraus. Wenn z. B. Liebermeister die Temperatur schnell von 38 auf 42° erhöht und das Bad bis zu 30 Minuten währen lässt, so möchte ich das nicht gerade als nachahmenswerth bezeichnen. Zum mindesten dürfte eine derartige Anwendung nur für ganz bestimmte Fälle passen. Jedenfalls dürfte es rationeller sein, lieber mehrere, aber kürzere Bäder tagsüber zu geben.

Ausgezeichnete Resultate geben rheumatische Beschwerden aller Art, nach meiner Ansicht in erster Linie chronische Erkrankungen. Ich sah wiederholt Arbeiter aus den am meisten gefährdeten Berufen, welche sonst alljährlich wochenlang arbeitsunfähig waren, bei regelmässigem Gebrauche heisser Bäder dienstfähig bleiben. Kellogg und Moritz[11]) wenden auch bei acutem Rheumatismus 2—3 Bäder täglich an in Combination mit Salicylpräparaten, von denen dann viel kleinere Dosen genügen sollen. Baelz und andere empfehlen das Bad auch bei Gicht, und ich glaube, dass man in allen Fällen von Rheumatismus und Gicht das Bad in erster Linie (aber richtig!) versuchen sollte. In der Mehrzahl der Fälle, in subacuten allerdings oft erst nach einer kurzen Exacerbation, sind die Ergebnisse prompt.

Baelz entgegen rühmte Rosin[9]) das Bad auf dem 16. Congress für innere Medicin bei Bleichsucht; auch ich habe von demselben um so bessere Erfolge gesehen, je mehr Medicamente versagten.

Schmidt[18]) hatte günstige Resultate bei Osteomalacie nach Heissluftbädern, welche er einer Anaemisirung der Knochenhäute und des Markes, sowie einer Säureausscheidung zuschreibt; ich möchte aus den nämlichen Gründen für solche Fälle

das heisse Bad als rationeller empfehlen. Bei Scrofulose und Rhachitis haben sich mir wöchentlich oder öfter verabreichte Bäder als sehr zweckmässiges Anregungsmittel bewährt, welches selbst die Mütter anerkannten.

Ein wichtiges Capitel bilden Frauenleiden. Gottschalk[5]) lobte es in der Deutsch. Med. Wochenschr. bei climacterischen Beschwerden und denen castrirter Frauen, bei welchen es die „Wallungen — Frösteln mit nachfolgenden heissen Uebergiessungen" u. s. w. — günstig beeinflussen soll. Er führt dies auf eine Erniedrigung des arteriellen Blutdruckes zurück. Weshalb er dann aber Stassfurtersalz zusetzt, ist mir unklar; auch dehnt er die Bäder fälschlich zu lange aus. Unter anderen haben Duehrssen und Engelmann[17]) Indicationen für Bäderbehandlung *chronischer, fieberloser* Erkrankungen der Beckenorgane aufgestellt, wobei sie jedoch warme Bäder mit Zusätzen im Auge haben. Oft würde sicher das heisse Bad weit angebrachter sein. Auch bei Menstruationsbeschwerden[16]) kann es mit vielem Nutzen Anwendung finden. Dysmenorrhoische Schmerzen hören fast ausnahmslos gänzlich auf, wenigstens aber werden sie gelindert. Profuse Blutungen, wie es heisst auch bei Myomen, werden geringer und eine unnöthig lange Dauer abgekürzt.

Während der Behandlung des Syphilis kann es mit Recht anstatt anderer schweisstreibender Proceduren gegeben werden. Ich habe es wiederholt bei schwerer Psoriasis mit alten Indurationen gute Dienste thun sehen, und bestätige auch Gokielow's[24]) Angabe, dass es bei acuten, selbst nässenden Eczemen in Folge localer Irritamente, oft geradezu coupirend wirken soll. Für mich unterliegt es keinem Zweifel, dass das heisse Bad oft bei manchem bisher obstinaten Hautleiden mit Erfolg in Anwendung kommen könnte. Rosenthal hat es bei hartnäckigen Ulcera mollia sich bewähren sehen. Ueberhaupt ändern torpide Geschwüre und Exudate vielfach ihren Character, wie auch bei localen Applicationen von Wärme.

Koch[7]) empfahl Heissluftkasten bei Erkrankungen der Augenlider, Bindehaut, Sclera, der Retina und der Chorioidea in Folge von Stoffwechselanomalien und auf gichtischer, rheumatischer und specifischer Basis. Hier dürften heisse Bäder gleichfalls dieselben, wenn nicht bessere Dienste thun. Ich habe sie

wenigstens bei scrofulösen Hornhautaffectionen mit Nutzen geben lassen und sah wiederholt hartnäckige Iritiden, welche vorher immer recidivirten und jeder Behandlung getrotzt hatten, dauernd schwinden.

Bei Neuritiden und Neuralgien können da, wo schweisstreibende Proceduren angebracht sind, statt dieser gleichfalls heisse Bäder applicirt werden. Bei solchen ohne nachweisbare anatomische Laesionen, also besonders bei denen auf rheumatischer Basis, ist ein Erfolg wohl zweifellos. Bei Erkrankungen der centralen Nervenapparate gelten heisse Bäder als contraindicirt; die meisten Autoren, unter ihnen B a e l z, warnen direct vor solchen. Oft mögen aber wohl die Misserfolge und Schädigungen in mangelhafter Technik begründet gewesen sein, indem man die Bäder nicht heiss genug gab und zu lange währen liess. Dass auch günstige Resultate zu erzielen sind, zeigen die Veröffentlichungen von S c h u s t e r[22]), B o u c h a r d und einiger anderer französischer Neurologen. Ersterer empfiehlt in Fällen von chronischen Rückenmarksentzündungen, wo andere Mittel versagten, direct Bäder strict nach B a e l z, nachdem er bei Myelitis lumbodorsalis transversa, Hemiplegie, Pseudoparalyse progressiva u. a. Leiden zu seinem Erstaunen sah, dass dieselben nicht nur gut vertragen wurden, sondern sogar gute Resultate zeitigten. Ich habe dasselbe nur einmal aus Verzweiflung bei lancinirenden Schmerzen eines Tabetikers angerathen, und hatte meine liebe Noth, den Patienten wieder davon abzubekommen, da er sie für eine Panacee bei seinem Leiden hielt. .

Schliesslich kommen in der Praxis des täglichen Lebens zahllose kleinere Erkrankungen oder vielmehr Indispositionen localer und allgemeiner Art vor, bei denen man sowohl bezüglich der Diagnose als auch der Aetiologie mehr oder weniger rathlos ist. Oft mögen Erkältungen, Ueberanstrengungen, vielleicht auch Autotoxine oder defecte locale Circulation eine Rolle spielen, ohne dass sich irgendwelche pathologische Grundlagen nachweisen lassen. Alle diese Erscheinungen pflegen nach einem heissen Bade zu schwinden, welches hier jedenfalls nach den oben skizzirten Indicationen eher am Platze ist, als die vielen Medicamente, die schliesslich doch nur gegeben werden, ut aliquid fiat.

Weiterhin ist das Bad auch bei einer Reihe acut infectiöser

Krankheiten mit theilweise auffallendem Erfolge angewandt worden.

Lanaras und Rumpf empfehlen es im Stadium algidum und asphycticum der Cholera. Andere vermochten die guten Resultate nicht zu erzielen, wie ich annehmen möchte, weil die Technik nicht einwandsfrei war. Denn 42—45° bei 15 Minuten Dauer ist eben für die meisten ein bischen all zu viel. Kellogg und andere loben es bei Typhus und anderen Infectionskrankheiten ohne Rücksicht auf die Temperatur da, wo die Cirkulation darniederliegt, das Nervensystem sehr tief deprimirt und die Haut kühl und unthätig ist. Unter den nämlichen Umständen bei Scharlach empfiehlt v. Juergensen 40° bis zu 60 Minuten Dauer, doch dürfte sich das Bad, wie oben beschrieben, gerade hier mehr empfehlen; je heisser und kürzer es ist, umso mehr wird die stimulirende Wirkung hervortreten. Auch bei Puerperaleclampsie soll es nach einem Citate Kellogg's von ausgezeichnetem Effect gewesen sein. Ich selbst habe bei Collapszuständen im Verlaufe der Enteritis aestiva kleiner Kinder das Bad Wunder verrichten sehen.

Aufrecht, Woroschilsky, Wollisch und Ewnin berichten im Ganzen über 15 Fälle von ausgesprochener Meningitis cerebrospinalis mit eclatantem Erfolge. Bei allen diesen hochfieberhaften Affectionen fiel das Fieber nach dem Bade regelmässig um ein Beträchtliches.

Bei der Influenza kann man im Anfange ein Bad versuchsweise geben, oft wirkt es direct coupirend. Aber auch wenn es im Beginne nicht nach Wunsch wirkte, tritt es wieder in seine Rechte bei nachbleibenden Neuralgien und zur Abkürzung der Reconvalescenz.

Endlich werden heisse Bäder noch bei Convulsionen der Kinder, bei Delirien und Coliken verschiedenster Art empfohlen. Auch wird es seit Langem zur Belebung asphyctischer Neugeborener mit kalten Tauchbädern abwechselnd angewandt.

Absolut contraindicirt ist das Bad bei Marasmus, Myocarditiden, uncompensirten Herzfehlern, bei nervösen Reizzuständen, bei Atherom, bei Gegenwart fötider Massen im Darm und Eiteransammlungen, ferner da wo durch Eindickung des Secretes Eiterverhaltungen entstehen können, z. B. bei fötider Otitis media, bei Epididymitis und endlich bei hoch febrilen Zu-

ständen, sofern nicht die von Kellogg citirten Gesichtspunkte in Betracht kommen.

Alle diese Aufzählungen geben ein Bild von der Actionsbreite des heissen Bades. Wer es in der beschriebenen Weise technisch richtig handhabt, wird bald zu der Ueberzeugung kommen, dass es eine überaus werthvolle Waffe im Armamentarium des Arztes ist.

Wie man von einem Brand'schen und einem Ziemssen'schen Bade spricht, so sollte man das heisse Bad das Baelz'sche nennen — aus Dankbarkeit dem Manne gegenüber, der uns die Kenntniss desselben übermittelt hat.

Ich kann Ihnen für New York mit seinen alltäglichen Erkältungen, zumal die Dampfbäder hier durchweg nicht den Anforderungen der Hydrotherapie entsprechen, und Wannen in einem grossen Theile der Wohnungen vorzufinden sind, dieses Baelz'sche Bad nur wärmstens empfehlen.

65 Second Street.

---

[1]) Baelz, Dr. E.: „Behandlung mit heissen Wasserbädern", in Penzoldt und Stintzing, Handb. der spec. Therapie.

[2]) Kellogg, J. H.: Rational Hydrotherapy, 1901.

[3]) Baruch, S.: Hydrotherapy, 1899.

[4]) Leared, etc.: Med. Record, vol. 16, p. 166.

[5]) Gottschalk: Deutsch. Med. Wochenschr., 1900, 23.

[6]) Friedländer, R.: Phila. M. Journ., 1901, Aug. Blätt. für klin. Hydrotherapie, 1898, 2.

[7]) Koch: Centralbl. für Augenheilk. 1892.

[8]) Lasègue: Arch. génér. de Méd. 1874, und Botley: Hydrotherapie Médicale.

[9]) Rosin: 16. Kongress f. inn. Med., 1898.

[10]) Maggiora und Vinaj: Bl. f. klin. Hydroth., 1892, 1.

[11]) Modern Medicine, 1901, 3.

[12]) v. Juergensen in Nothnagel's Spec. Path. und Therapie, Bd. 3.

[13]) Matthes: Lehrbuch der klin. Hydroth., 1900.

[14]) Foss: Deutsch. Med. Wochenschr., 1899, 4.

[15]) Storoscheff, H.: Bl. f. klin. Hydroth., 1897, 5.

[16]) Mironow, M.: St. Petersb. Med. Wochenschr., 1895, 46.

[17]) Engelmann: Brit. Gyn. Journ., 1899, Nr. 5.

[18]) Schmidt, R.: Wien. klin. Wochenschr., 1901, Juli 4.

[19]) Putzer: Berl. Baln. Kongr., 1901.

[20]) Rosenthal, O.: Deutsch. M. Wochenschr. 1897, Nr. 40—41. Muench. M. Wochenschr., 1896, 35.
[21]) Winternitz, H.: Klin. Jahrb. Bd. 7.
[22]) Schuster: Deutsch. Med.-Ztg., 1896, Nr. 26.
[23]) Brummer: Berl. kl. Wochenschr., 1891, Nr. 21.
[24]) Gokielow, J.: Gaz. des Eaux, 1902. Nr. 2259.
[25]) Strasser und Kuthy: Bl. f. kl. Hydroth., 1896, p. 2 u. 105.
[26]) Loewy, A.: Berl. kl. Wochenschr., 1896, Nr. 41.
[27]) Krebs und Martin: Zeitschr. f. phys.und diät. Ther., Bd. 6, pg. 371.
[28]) Schueller: Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 14.

Zur modernen Therapie.*)

Von Dr. A. Herzfeld.

Die innere Behandlung einer grossen Anzahl Erkrankungen ist immer noch eine rein empirische, trotz der grossen Fortschritte, die wir in unserer Wissenschaft gemacht haben. Das Mangelhafte dieser Therapie erkennend, sollte jeder wissenschaftlich gebildete Mediciner bestrebt sein, dieser empirischen Behandlung eine wissenschaftliche Basis zu schaffen, dieselbe den neuesten Forschungen auf dem betreffenden Gebiete anzupassen. In unserer modernen Therapie berücksichtigen wir mehr wie früher hygienisch-diätetische Vorschriften, und macht die Arzneimittelbehandlung oft nur ein kleiner, oft ein bedeutender Theil unserer therapeutischen Vorschriften aus. Wie wir in früheren Jahren uns mit grossen Quantitäten Decocten, Infusen etc. behelfen mussten, haben wir heute eine genauere Dosirung, schärfer gezogene Indicationen in der Anwendung von Alkaloiden, Extracten, Sera, Organtherapie und Kohltheerpräparaten und Antitoxinen. Sicherlich können wir unter diesen Präparaten noch immer ein oder das andere finden, das uns in der Behandlung einer Erkrankung unterstützen kann und ist der Pessimismus, wie er sich heutzutage in der medicamentösen Behandlung breitmacht ebenso ungerechtfertigt wie eine Polypragmasie in

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Med. Gesellschaft der Stadt New York am 2. November 1903.

derselben. Auch in diesen Dingen giebt es ein goldenes Mittelmaass, doch kann man keineswegs, wie ein hiesiger Professor der Therapie und Materia medica lehrte, mit einem halben Dutzend Droguen in der Behandlung vieler Erkrankungen fertig werden. Durch eine derartige Behauptung wird der Pessimismus, den die Empirie bedingt, noch verstärkt und basirt nicht zum wenigsten auf einer gewissen Droguenunkenntniss, die eine derartige medicinische Erziehung natürlicherweise im Gefolge hat. So schafft der Mediciner eine wichtigere Ursache, die in Wirklichkeit gar nicht existiren sollte, zur Vermehrung von Arzneimitteln, und in's Unglaubliche stieg deren Anzahl, um diesem scheinbaren Bedürfnisse abzuhelfen. Täglich werden neue Heilmixturen ersonnen, eine natürliche Ueberproduktion zur Folge habend. Chemiker, Pharmazeuten, Aerzte und sogar Laien, angespornt durch den enormen pekuniären Erfolg, arbeiten so intensiv und fieberhaft, dass der gewöhnliche sterbliche Mediciner sich in diesem Chaos nicht mehr auskennt und seine Lebenszeit darauf verwenden könnte, um sich nur in der betreffenden Literatur auf dem Laufenden zu halten. Während viele dieser Präparate direkter Schwindel sind, kann man einigen einen gewissen Werth nicht absprechen, bedingt eben durch oben erwähntes künstlich geschaffenes Bedürfniss. Das Verschreiben wird vereinfacht, die Präparate sind äusserst bequem, man verschreibt keine physiologischen und chemischen Antagonisten, die Mischung wird scheinbar allen Anforderungen des Patienten gerecht, steht auf der Höhe der Zeit und, last not least, man braucht das schon ohnehin überbürdete Gehirn nicht anzustrengen. So sehen wir, wie den Heilmittelfabrikanten das Wohl unserer Patienten am Herzen liegt, während unser Medicus in dem „Dolce far niente" seines Pessimismus weiter lebt und selten den Versuch macht, auch sich in *diesem Zweige der Therapie zu vervollkommnen,* sondern oft sich abmüht, um auszufinden, warum das Foramen rotundum kein perfecter Kreis ist.

Nun lassen Sie uns sehen, was uns von den Heilmittelfabrikanten geliefert wird: Unter mehr oder minder wissenschaftlich oder geheimnissvoll klingenden Namen bringt er sein Geheimmittel, Patentmedicin, „proprietary medicine", Nostrum in den medicinischen Handel, gewöhnlich erfolgreich; manchmal ist denselben nur eine kurze Lebenszeit beschieden, doch viele erschei-

nen wieder neu gestärkt, in neuem Gewande auf der Bildfläche, um ihrem genialen Erfinder zu grossem Ansehen und grossem Vermögen zu verhelfen. Was verstehen wir nun unter einem solchen Geheimmittel? Alle Präparate, die aus ein oder mehreren chemischen oder pharmaceutischen Producten zusammengemischt, unter eigenem neuen Namen in den Handel gebracht, die nach gegebener Vorschrift von jedem Pharmazeuten hergestellt werden können und *deren Bestandtheile zur Zeit dem dieselben verschreibenden Mediciner unbekannt sind.*

Name und Mischung sind gewöhnlich gesetzlich geschützt. Wie Sie sehen, schliesst diese Definition alle jene Präparate aus, die selbst, wenn gesetzlich geschützt, keine mechanische Mischungen, sondern Producte der Chemie oder Pharmacie darstellen, z. B. die Kohltheer- oder viele Eisenpräparate. Ferner schliesst sie aus jene chemischen und pharmaceutischen Mischungen, deren genaue Vorschrift auf der Etiquette angebracht ist, wie es für Heilmittel kürzlich in allen Staaten Deutschlands Gesetz wurde. Unter diesen haben wir eine Anzahl werthvoller Präparate. *Alles ist Geheimmittel, dessen Inhalt man nicht kennen soll.* Der Geheimmittelfabrikant giebt auch oft, aber nur scheinbar, den geheimnissvollen Inhalt seines Gemisches bekannt, denn um der neugierigen Wissenschaft zu genügen, führt er einige oder sogar alle Ingredienzien an, doch dann ohne jedwede Quantitätsangabe. Mancher Fabrikant ist sogar so naiv, dass er Namen von Chemikalien in der Rezeptformel bringt, die noch in der tiefen Nacht des Unbekannten ruhen und die Chemie noch nicht an das Tageslicht gefördert hat. Auffällig ist, dass sehr oft der neuerfundene Namen des Geheimmittels gar nichts mit dessen Zusammensetzung zu thun hat; sehr beliebt ist ein Name, der seine Entstehung dem Zusammenstellen zweier oder mehrerer Silben der componirenden Körper verdankt, hierdurch entstehen oft die wunderbarsten, doch prägnante, pseudowissenschaftliche Namen. Die Zusammensetzung vieler dieser Präparate bleibt nicht constant, man findet es oft nöthig, kleine Abänderungen in der Mischung vorzunehmen, entweder finden kleine Zersetzungen statt oder die werthvolle Mischung wird wohl gar imitirt oder die Veränderung wird gar aus rein äusseren Gründen vorgenommen.

Am beliebtesten sind flüssige Mischungen oder Tabletten, erstere erhalten sich nämlich mit genügendem Zusatz von Alcohol

oder Glycerin auf lange Zeit hin klar, und letztere verdanken ihre Beliebtheit der angenehmen Form. Dass man mit dem Alcoholzusatz nicht gar zu ängstlich ist, beweist ein sehr beliebtes Nährpräparat, das es nach der Analyse von George Bruns auf 25 Procent Alcohol gebracht hat, folglich auch für Jene verschrieben werden kann, die principiell Antialcoholiker sind. Die bequemen Tabletten, die oft so hart wie Kiesel sind, erlauben auch das Aufdrucken von Initialen, so dass der überbürdete Mediciner auch sofort weiss, welche kostbare Mischung er vor sich hat. Die Pulverform in der Geheimmittelmanufactur ist nicht sehr beliebt, da diese mechanische Mischung durch langes Liegen oft der Zersetzung anheimfällt, bedingt durch chemische Reaction. Pillen, in allen Farben spielend, und die Gelatinekapselform sind wieder beliebter, da sie ihr Alter verheimlichen, was bei allen Geheimmitteln von sehr grosser Wichtigkeit ist.

Den Anfang unserer Geheimmittelära machten Pillen, Eisen- und Abführpillen; dazu gesellten sich Tincturenmischungen, Weine, Elixire, alles gewöhnliche pharmazeutische Präparate, die jeder Apothekerlehrling anfertigen kann. Als später die Kohltheerpräparate erschienen, brachten diese wieder eine Vermehrung der aus denselben hergestellten Geheimmittel. Zu diesem Ende sucht man natürlich die billigsten aus, und gross ist die Zahl der Geheimmittel, deren Hauptbestandtheil das billige und bequeme Acetanilid ist. Wir alle wissen, dass gerade dieses Kohltheerproduct accumulirend wirkt und oft schon in kleinen Dosen Vergiftungserscheinungen, z. B. schwere Collapszustände, bedingt durch Circulationsstörungen verursacht. Ich komme auf diese Acetanilidmischungen noch einmal weiter unten zurück. Man geht sogar so weit, Geheimmittel von Opium und seinen Alcaloiden herzustellen und so wurde ein derartiges Präparat erst in später Stunde von Dr. Eccles in Brooklyn analysirt, das 1 Gran Morphium zur Unze Mischung in einem Geheimmittel nachwies, das gegen Opium-, Tabak-, Alcohol- und Morphiumsucht gebraucht wurde. In Deutschland wurde noch dieser Tage von Prof. Levin ein derartiges Präparat blosgestellt, das sogar gegen Morphiumsucht in einer Morphiumentziehungsanstalt in Gebrauch war. Ein schon seit längerer Zeit oft verschriebenes Präparat für „nervousness" stammt von St. Louis und enthält neben Bromkali eine ganz ansehnliche Quantität Chloral neben

Extr. Cannabis indicae, Extr. Hyoscyami, Alcohol und Wasser. Nicht ahnend, dass diese Nervemixture Chloral enthält, setzt der Arzt oft noch in gutem Glauben etwas Chloral zu, was für den Patienten wohl verhängnissvoll werden könnte. Die allerneuesten im Geheimmittelmarkt sind die Glycerinphosphorpräparate, Nährpräparate und Organtherapie, bedingt durch den Aufschwung, den die *legitimen* Präparate in dieser Therapie in den letzten Jahren genommen haben. Bei dieser Gelegenheit möchte ich mich verwahren, gegen Firmen vorzugehen, die in zuverlässiger Weise und exact wissenschaftlich ihre Präparate herstellen und uns den modus operandi und Inhalt bekannt geben, sondern nur gegen solche wende ich mich, die hier Missbrauch treiben und deren giebt es viele, doch ist es nicht schwer, den Weizen von der Spreu zu sichten.

Wann hat nun dies für die Fabrikanten so einträgliche und für die Wissenschaft so verhängnissvolle Verschreiben von Geheimmitteln begonnen, und wie weit sind wir bis heute in diesem Rückschritt vorwärts gekommen? Zu diesem Zwecke untersuchte ich eine grössere Anzahl Rezeptsammlungen hiesiger Apotheken, zurückgehend bis zum Jahre 1850. Von 1850—1873 liess sich kein Geheimmittel erblicken, die Rezeptur jener Tage bestand ausschliesslich aus pharmazeutischen Präparaten, die nach Vorschrift angefertigt werden mussten, der Mediciner dispensirte zu jener Zeit noch nicht selbst „machine-made tablets" von ungenauer Zusammensetzung, wie dies heute leider vielfach geschieht. Im Jahre 1874 erscheint das erste patentirte Geheimmittel in 1500 Rezepten. Von 1874—1880 stieg der Procentsatz auf 2 Procent. Von 1880—1890 = 5 Procent, 1895 = 12 Procent, 1898 = 15 Procent, 1902—1903 = 20 Procent und noch steigt die Fluth, denn die Statistik eine der grössten Apotheken unserer Stadt hat es auf 25 Procent gebracht. Obige Zahlen wurden aus fast 50,000 Rezepten genommen. Bedenken Sie, meine Herren, ein Viertel aller Rezepte Geheimmittel und ich wiederhole hier noch einmal, dass nur solche Heilmittel gezählt wurden, deren Zusammensetzung *dem dieselben zur Zeit verschreibenden Mediciner unbekannt waren.* Ich habe viel der wundersamen Dinge in diesen Rezeptformeln gefunden, und will ich speciell ein Rezept Ihnen nicht vorenthalten, das verschrieben von einer unserer localen Leuchten der Wissenschaft,

besuchender Arzt in 2 Hospitälern, Professor einer medicinischen Lehranstalt. Das Rezept lautet:

R. Remedium spontaneum Radway.
D. S. Use as directed.

So hiess also Radway's Ready Relief in die Sprache der Römer übertragen. Der betr. Apotheker gab mir zu verstehen, dass in diesem Rezept die lingua latina nicht nöthig gewesen, da 3 grosse R R R genügt hätten für das gegenseitige Einverständniss. Ich erwähne dieses Rezept speciell deswegen, um Ihnen zu zeigen, dass sogar von wissenschaftlich gebildeten Aerzten solche Patentmedicinen verschrieben werden, die in den täglichen Zeitungen annoncirt werden.

Nun wollen wir die Geheimmittelfabrikation kurz vom commerziellen Standpunkt betrachten. Zu diesem Ende untersuchten wir einige der bestbekannten und vielfach verschriebenen Geheimmittel.

No. 1. erscheint in Pulver- und in Tablettenform, letztere ist wegen der Bequemlichkeit und wegen der aufgedruckten Initialen sehr beliebt. Das Pulver besteht aus:

Sodii Bicarbon	2
Acetanilid	7
Caffein citric	1

Die Unze dieser Mischung kostet dem Apotheker $1. Der actuelle Werth ist ungefähr 3 Cents die Unze.

No. 2. Eine ähnliche Mischung erfreut sich eines grossen Zuspruches von Seiten der Herren Aerzte:

Sodii Bicarbonas	3
Acetanilid	6
Ammon carb.	1

Die Unze kostet dem Apotheker $1. Der actuelle Werth der Mischung ist ungefähr 2 Cents die Unze.

Sie sehen, meine Herren, Acetanilid ist immer der Hauptbestandtheil derartiger Geheimmittel und ebenso der grössten Anzahl der patentirten sogenannten „headache powders." Dr. Richard V. Mattison, Philadelphia, berichtet einen Fall schwerer Vergiftung durch mehrere 2½ Gran Dosen Antikamnia, und erinnere ich Sie an den Schadenersatzprocess gegen eine hiesige Droguenfirma, in welchem dem Kläger eine grosse

Summe zugesprochen wurde wegen einer Acetanilidvergiftung, verursacht durch Tabletten die 3 Gran Acetanilid, 2 Gran Camphor monobromatum, 1 Gran Caffeinum citricum enthielten. Acetanilid löst sich nur langsam im Magen und Darm, und seine nächste Dosis findet die erste oft nur theilweise gelöst vor und in dieser Weise accumulirend scheinen die Vergiftungssymptome zu entstehen durch das freigesetzte Anilin.

No. 3. Magnesium sulfuricum (Epsom salt) wird in wässeriger Lösung niedergeschlagen mit Sodium carbonicum sog. washing soda. Die resultirende milchähnliche Flüssigkeit enthält das Magnesium carbon. als Magnesia in Suspension nach Auswaschen des Sodiumsulphates. Das Geheimmittel ist für „acid indigestion" sehr beliebt, wird viel verschrieben und kostet 34 Cents die Flasche en gros, Herstellungskosten 5 Cents.

No. 4. Eine in letzter Zeit viel verschriebene und viel annoncirte Paste wird äusserlich angewandt bei Pneumonie, Bronchitis, Pleuritis, Rheumatismus und allen jenen Krankheiten, die auf „itis" gehen, enthält Kaolin, ein anderes Specimen enthielt statt diesem Fuller's earth und Glycerin aa 1000, Borsäure 100. Damit nach längerem Einkochen die Paste in besserem Geruch steht, wird der resultirenden Mischung Ol. Menthae piperitae, Ol. Eucalpti und Ol. Gaultheriae zugesetzt. Diese Glycerinpastewirkung basirt auf der grossen Affinität des Glycerins für Wasser, die, wenn auf die Haut gebracht, dieser das Wasser entzieht und hierdurch als Irritans wirkt. Die Paste kostet en gros ½ Pfund 34 Cents. Herstellungskosten des Kilo 15 Cents.

Diese aus der Mitte des Geheimmittelverschreibens herausgegriffenen und sehr beliebten Specimen mögen Ihnen beweisen, dass es sich für die Herren Fabrikanten wohl lohnt, die Herren Aerzte mit Kalender, Rezeptformularen, Notizbüchern, Bleifedern, Tintenfässern, Papiermessern, Bildern und Bilderbüchern für die Grossen und Kleinen u. dergl. mehr zu versorgen. Doch, wie bereits oben erwähnt, soll es uns auf den commerziellen Standpunkt nicht so sehr ankommen.

Ich möchte noch in einigen Worten der patentirten Pillen gedenken. Dieselben sind entweder mit Zucker, Gelatine oder Keratin überzogen, d. h. *„coated."* Das Alter vieler dieser Pillen zu bestimmen geht über menschliches Ermessen, und erinnere ich Sie an ein Experiment Dr. John Nobles in hiesiger Stadt,

der eine Anzahl zuckerüberzogener Pillen in ein zolldickes Brett hineinschoss, ohne den Pillen zu schaden. Ich erinnere mich Dr. A. Jacobi erwähnen zu hören, dass er eine Anzahl keratinüberzogener Pillen im Stuhlgang des betr. Patienten wieder vorfand. Diese Sorten Pillen haben grosse Aehnlichkeit mit der sog. Antimonfamilienpille unserer Väter, die als Abführpille für ganze Generationen bestimmt und ein wichtiges Erbstück in der Familie war. Dass Pillen frisch hergestellt werden müssen, ist ganz selbstverständlich.

In das Mysterium der Geheimmittel wird der Arzt durch das sog. „Sample" eingeweiht, damit die Materia morbi auch richtig verschrieben werde, denn nicht selten kommt es vor, dass der Arzt eine Flüssigkeit als Pulver verschreibt und vice versa, und dies soll sogar mit legitimen pharmaceutischen und chemischen Präparaten vorkommen. Hat sich der Mediciner mit dem Sample genügend vertraut gemacht, so erscheint in kurzer Zeit in der nächsten Apotheke ein Rezept für das betr. Präparat. Eine verschriebene Flasche zahlt die Auslagen Dutzender Samples mit der obligaten Literatur. In dieser Literatur finden wir unter einer Anzahl obscurer Namen auch manchmal den einer medicinischen Autorität, deren Dienste man sich durch Theilhaberactien oder durch sonstige finanzielle Vergünstigungen gesichert haben soll. Vor einiger Zeit haben sich in einer Nachbarstadt eine Anzahl Aerzte zusammengethan, fabriziren ihre eigenen Geheimmittel, um sich in den Fabrikantenprofit zu theilen, der, wie sie sahen, ganz beträchtlich sein kann. Viele Collegen werden wohl ihre „Formulary" der Pharmacopoe erhalten haben und möchte ich einige dieser von Aerzten hergestellten Geheimmittel einer näheren Betrachtung unterworfen.

Das erste Präparat ist ein Elixir, das von rother Farbe, pepsin, trypsin, reunin, amylopsin, lipase steopsin, diastase in hydrochloric und distearyl glycero-phosphoric acid gelöst in aromatic solution enthält, so lautet die Vorschrift. Dieses ist ein typisches Specimen der Geheimmitteltherapie. Leider habe ich dieses Präparat zu spät zur näheren Untersuchung erhalten, doch bei oberflächlicher Betrachtung erkennt man sofort dieses seltene Präparat. Die Secrete der Bauchspeicheldrüse, des Magens, Speichel u. s. w. in Salzsäure und in einer sog. distearyl-glycero Phosphorsäure gelöst. Diese letzte Säure muss noch von der Chemie

der Zukunft entdeckt werden. Vor dem Essen „in excessive acidity from any cause", nach dem Essen „in a deficiency or absence of acid secretion; for infants 5—10 drops with every artificial feeding in flatulence, colic and green stools. It contains lecithin, is capable of digesting all foods and has a tonic action on the cells of the mucus membrane." Als Vehicle wird es empfohlen für alle mögliche Droguen und ist gut in der Herstellung von Junket, bei Erbrechen in der Schwangerschaft, äusserlich zum Reinigen von Wunden und Geschwüren, ausgezeichnet in Seborrhoea capitis; in diesem Tone geht es weiter.

Tabellae Gelsemperini Comp. nennt sich ein anderes Präparat. Auch diese Tablette gr. 2½ enthalten Acetanilid. Das Gelsemperin muss auch noch entdeckt werden. Hinter diesen Präparaten stehen nun Aerzte.

Seit einiger Zeit sucht eine Cascaret-Tablettenfirma die Aerzte zu Theilnehmern in ihrem Unternehmen zu machen, indem der betr. Mediciner so viele $10 Shares nimmt, als nöthig; natürlich um das Präparat, wenn möglich und nicht möglich, zu verschreiben, hat man doch letztes Jahr 29 Procent Zinsen an die Herren Aerzte gezahlt.

Hat man das Interesse der Aerzte für das betr. Geheimmittel gewonnen und seine Aufmerksamkeit immer wieder darauf gelenkt durch Annoncen in der medicinischen Literatur und in den Adressbüchern einiger medicinischer Gesellschaften, so scheut man sich auch nicht eine Annonce in eine tägliche Zeitung zu lanciren mit der Devise, „Indorsed by physicians."

Meine Herren, die Praxis des Verschreibens von Medicamenten unbekannter Zusammensetzung ist verwerflich. Ein solches Verschreiben spricht jeder Wissenschaft, jeder Kunst, jedem Studium, jedem Fortschritt Hohn. Der Verschreiber verliert alle Kritik, Initiative, jedes therapeutische Streben und arbeitet nach der Schablone. Durch diese verwerfliche Handlungsweise bringt er die medicinische Wissenschaft in Miscredit, schadet seinen Patienten oft gesundheitlich und finanziell. Wo bleibt bei dem Arbeiten mit einer unbekannten Grösse das Individualisiren. Stempelt der Arzt sich nicht selbst zum Ignoranten, und bedenkt der denkfaule Mediciner nicht, dass, wenn sein Patient erfährt, welches geistreiche Medicament ihm für sein gutes Geld verschrieben wurde, der Arzt selbst der verlierende Theil sein wird,

kann der Patient sich doch auch *ohne* ärztlichen Rath das betreffende Präparat oft gar im Departement Store verschaffen. Der Arzt macht sich zum „walking advertisement" einer Geheimmittelfabrik. Oft werden die Patienten vom Apotheker auf derartige Dinge aufmerksam gemacht, der dann gestützt auf bessere Droguenkenntniss dem betr. Patienten „etwas Besseres" zu verschreiben sucht. So öffnet dieses sinnlose Geheimmittelverschreiben auch der Pfuscherei und dem Substituiren Thür und Thor und schadet der legitimen Chemie und Pharmacie. Ich sollte doch denken, dass unser heutiger Arzneischatz genügend gross ist, um noch etwas darin zu finden, was selbst dem crassesten Pessimisten noch von Nutzen sein kann, und er es gewiss nicht nöthig hat, sich seine Rezepte von einem Geheimmittelfabrikanten dictiren zu lassen. Sehr treffend characterisirt Dr. A. Eschner (Philadelphia. Journal of the American Medical Association, No. 18, 1903) das Geheimmittelverschreiben in folgenden Worten: "It must be clear that the prescribing of medicines of unknown or concealed composition is unscientific, unprofessional, unfair if not prejudicial to the sick, unprogressive, unstimulating and most of all unnecessary."

Dem Uebel abzuhelfen liegt nur bei dem Arzt; hört er mit seinem unsinnigen Geheimmittelverschreiben auf, dann endet auch *dieser* Mysticismus in der modernen Therapie.

Zum Schluss möchte ich noch jenen Herren danken, die mich so bereitwilligst in der Zusammenstellung der Statistik und in der Analyse der oben angeführten Präparate unterstützten.

224 West 24. Str.

Referate und Kritiken.

A System of Physiologic Therapeutics. Edited by Solomon Solis Cohn, A.M., M.D. Vol. III—VI. P. Blakiston's Son & Co., Philadelphia.

Von Cohn's *System of Physiologic Therapeutics,* dessen ersten beiden Bände (Electrotherapy) seiner Zeit ausführlich an dieser Stelle besprochen wurden, sind inzwischen vier weitere Bände erschienen. Die Bände III und IV sind betitelt: *Clima-*

tology, Health Resorts—Mineral Springs und verfasst von Dr. F. Parkes Weber. Nach einer kurzen Einleitung und einigen allgemeinen Vorbemerkungen über climatische Verhältnisse geht Verf. zu einer ausführlichen Beschreibung der climatischen Curorte der ganzen bewohnten Erde über, wobei besonderes Gewicht auf die climatischen Verhältnisse dieser Orte (Durchschnittstemperaturen, Regentage, Terrainverhältnisse etc.) Rücksicht genommen ist. Diesem Theile des Werkes ist eine reichliche Anzahl sehr übersichtlicher geographischer Karten beigegeben, welche u. a. die Isothermen, Höhenverhältnisse, Niederschläge, Oceanrouten zur Darstellung bringen. Der letzte Abschnitt giebt die speciellen Indicationen, bei welchen Erkrankungen climatische Curen am Platze sind, und welche Curorte im jeweiligen Falle am vortheilhaftesten vom Patienten aufgesucht werden, speciell auch unter Berücksichtigung der betr. Jahreszeit. Die Weber'sche Arbeit muss den Aerzten um so willkommener erscheinen, als eine Zusammenstellung der climatischen Curorte von derartigen therapeutischen Gesichtspunkten aus bis jetzt in der medicinischen Literatur noch nicht existirte.

Band V: *Prophylaxis—Personal Hygiene, Civic Hygiene—Care of the Sick.*. By Joseph McFarland, Henry Leffman, Albert Abrams and W. Wayne Babcock. Band V ist von ganz besonderem Interesse. Er beschäftigt sich mit den Krankheitsursachen und den Maassregeln, denselben vorzubeugen, ferner mit der Hygiene und den in ihrem Dienste stehenden sanitären Einrichtungen. Drei Farbtafeln und 120 Abbildungen im Texte ergänzen den letzteren in vorzüglicher Weise. Die Bearbeitung des Stoffes von Seiten der Verf. und die Ausstattung dieses Bandes von Seiten der Verleger verdienen in gleicher Weise lobend hervorgehoben zu werden.

Band VI: *Dietotherapy and Food in Health.* By Nathan S. Davis, A.M., M.D. Abschnitt I. dieses Bandes enthält das wichtigste über die Physiologie der Ernährung und über den Nährwerth der verschiedenen Nahrungsmittel, Diätvorschriften für Erwachsene und Kinder, wobei besonders ausführlich die Principien der Säuglingsernährung Berücksichtigung gefunden haben. Der II. Abschnitt giebt die Diätvorschriften bei den verschiedenen Krankheitsformen. Das Studium dieses Bandes kann sehr empfohlen werden.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Schottmüller: *Zur Pathogenese des Typhus abdominalis.*

Nach einem Hinweis auf seine früheren Arbeiten in diesem Gebiete bespricht Verf. zunächst seine Methode. Daraus ist hervorzuheben: Entnahme des Blutes aus einer gestauten Armvene mit der Glasspritze von Luer-Paris mit ziemlich dicker Hohlnadel; die Spritze soll 20 ccm fassen. Das gewonnene Blut lässt man in flüssig gehaltene, auf 45° abgekühlte Agarröhrchen laufen, und zwar beschickt man jedes etwa 6 ccm Agar enthaltende Röhrchen mit 2—3 ccm Blut. Nach erfolgter Mischung wird der Inhalt der Röhrchen in Schalen gegossen. Die hergestellten Blutculturen werden nun bei Bruttemperatur von 37° gehalten und in den nächstfolgenden Tagen regelmässig controllirt. Man erkennt dann die Typhuscolonien als tiefgrünschwarze Punkte im Innern des Nährbodens, die allmählich bis zu Linsengrösse heranwachsen. Noch grösser entwickeln sich die Oberflächencolonien, welche einen dunkelgrauen Farbenton zeigen. Das Aussehen der Colonie und die Feststellung, dass dieselbe aus beweglichen Stäbchen besteht, genügt zunächst völlig, um die Krankheit als eine typhöse zu characterisiren.

Die Blutuntersuchung wurde bei allen Typhuskranken in den ersten zwölf Stunden nach erfolgter Aufnahme vorgenommen. Die Zusammenstellung ergiebt die Thatsache, dass es dem Verf. bei 50 Fällen 39 Mal gelang, aus dem am ersten Tage des Krankenhausaufenthaltes entnommenen Blute in verschiedenen Stadien der Krankheit die specifischen Erreger nachzuweisen. In einem Fall, bei dem die erste Untersuchung negativ ausgefallen war, wurde bei einem Recidiv später ein positiver Befund erhoben, so dass der Nachweis der Bacillen überhaupt in 80 Procent gelang.

Es folgt nun eine critische Betrachtung der gesammelten Erfahrung. Im jugendlichen Lebensalter sind Typhusbacillen nicht ganz so häufig und auch nicht in solcher Menge als bei Erwachsenen in entsprechender Quantität Blut nachweisbar; auch verläuft der Typhus im Kindesalter weniger schwer. — Schon am zweiten Krankheitstag konnten Bacillen gezüchtet werden. Für den dritten, vierten, fünften etc. Fiebertag liegen zahlreiche positive Befunde vor. Bei Recidiven ist es mehrfach gelungen, schon innerhalb der ersten 24 Stunden den specifischen Krankheitserreger aus dem Blute zu cultiviren. Auch während der zweiten und dritten Woche gelingt der Bacillennachweis fast ausnahmslos. — Culturen von 24stündigem Alter lassen nur sehr spärliche Colonien erkennen; am Beginn des zweiten Tages ist dann ein grösserer Theil wahrnehmbar; aber noch am zweiten Tag kann man jegliches Wachsthum vermissen, und

erst nachdem die Platten länger als 48 Stunden im Brutschrank gestanden haben, bemerkt man die ersten Colonien. Die Zahl der Keime schwankt in sehr bedeutenden Grenzen; doch darf man wohl sagen, dass eine absolut niedrige Keimzahl während der Acme die Aussicht auf Abfall des Fiebers bietet, dass umgekehrt hohe Zahlen meist ein schweres Krankheitsbild begleiten. Verf. zieht weiterhin die Folgerungen aus diesen Feststellungen für die Pathologie des Typhus überhaupt. Verf. nimmt an, dass Typhusbacillen an irgend einer Stelle des Magendarmtractus in die Darmwand eindringen und sich dort in den Lymphgefässen an der Eingangspforte vermehren. Von da aus findet dann eine Weiterverbreitung der pathogenen Microorganismen in die abführenden grösseren Lymphbahnen und die zugehörigen Lymphdrüsen statt. Man kann sich nun vorstellen, dass es Fälle giebt, bei denen der Krankheitsprocess in dem oben bezeichneten Gebiet localisirt bleibt und bald zur Heilung kommt, genau so, wie eine Streptococcenlymphangitis an äusseren Theilen des Körpers heilen kann, ehe sie zu einer Blutinfection führt; damit wäre eine Erklärung gegeben für jene leichtesten Fälle von Typhus.

In den meisten Fällen schreitet aber die Krankheit fort und für jene dürfte die bisherige locale Entwicklung des Leidens das Stadium der Incubation des clinischen Krankheitsbildes bedeuten. Es erfolgt nämlich, wenn die Krankheitsparasiten den schützenden Wall der Mesenterialdrüsen überwunden haben, eine Infection des grossen Lymphstammes und damit des Blutes, gerade wie bei septischen Erkrankungen nach Wundinfectionen von einem lymphangitischen oder thrombophlebitischen Herd aus eine Einschwemmung von Streptococcen ins Blut eintritt. Mit dem Blutstrom gelangen die specifischen Erreger in die verschiedenen Organe, um dort entweder mehr oder weniger characteristische Erscheinungen hervorzurufen oder nur deponirt zu werden. (Münch. Med. Wschr., 1902, No. 38.)

Renvers: *Zur Behandlung der acuten Nierenentzündung.*

Auf dem Gebiete der Nierenentzündungen herrscht bezüglich der therapeutischen Maassnahmen eine grosse Unsicherheit; je nach der massgebenden Schule wurde die Entzündung des Organs bis jetzt bald mit Medicamenten, bald mit Blutentziehung und diätetischen Maassnahmen behandelt. Erst die bacteriologische Aera hat Vorgänge im Organismus kennen gelehrt, welche die entzündlichen Erkrankungen der Nieren verständlicher machen. Sowohl bei den durch lebende Infectionserreger hervorgerufenen Erkrankungen, wie auch bei den Intoxicationsstörungen durch organische oder unorganische Gifte ist es das Blut, welches immer im Vordergrund unseres Interesses steht, da in ihm die Gifststoffe cirkuliren und den Organen zugeführt werden. Von diesem Gesichtspunkte aus giebt es eine primäre entzündliche Erkrankung der Nieren überhaupt nicht, sondern das

als solches beschriebene Krankheitsbild ist immer nur der Ausdruck einer Allgemeinerkrankung des Organismus, die unter anderen Symptomen auch sich in einer entzündlichen Affection der Nieren äussert; in seltenen Fällen wird die Niere primär von einem Infectionserreger befallen.

Sowohl die lebenden Infectionserreger selbst, als auch die von ihnen gebildeten Toxine schädigen die Nieren. Klinisch am wichtigsten sind die Fernwirkungen der Bacterien durch ihre Toxine auf die Nieren. Wie im Verlauf von Scharlach und Diphtherie, so treten gelegentlich bei fast allen Infectionskrankheiten entzündliche Veränderungen der Nieren mit Albuminurie auf, ja sogar eine wenig beachtete Halsentzündung oder ein Infectionsmagendarmcatarrh kann die Ursache sein. Der erste therapeutische Gesichtspunkt wird nun auf jeden Fall auf die Bekämpfung der primären Infectionsquelle gerichtet sein müssen. Thatsächlich wird die zweckentsprechende Behandlung eines acuten toxischen Magendarmcatarrhs durch rasche Entleerung und Schonung des Darms die bereits eingetretene Nierenreizung rasch beseitigen; energische Behandlung einer phlegmonösen Angina wird die oft schon am zweiten Tage einsetzende Nierenentzündung coupiren.

Der zweite therapeutische Gesichtspunkt muss die Störungen berücksichtigen, die durch die Schädigung des Nierenparenchyms eintreten. Treten die Zeichen der Urämie rasch bei einer acuten Nierenentzündung auf, so ist und bleibt die Entleerung des toxischen Blutes durch einen dem Ernährungs- und Kräftezustand des Kranken angepassten Aderlass das einzig wirksame und oft rettende Mittel. Der Aderlass kann aber meist nur eine momentane Hilfe bringen; die weitere Aufgabe ist es, die Ausscheidungen durch die die Nieren unterstützenden Organe, d. i. Haut und Darm, zu befördern. Je nach den Umständen wird eine heisse, feuchte Einpackung, ein heisses Bad oder andere hydropathische Behandlung anzuwenden sein, um die Thätigkeit der Haut anzuregen. Neben den die Haut äusserlich treffenden Maassnahmen sind natürlich auch alle Mittel anzuwenden, welche durch innerlichen Gebrauch die Schweisssecretion anregen. Das beste Mittel ist Zufuhr von heissem Wasser, welches durch Zusatz von Zucker und irgend einem leicht aromatischen Thee trinkbar gemacht sein muss. Die als schweisstreibend bekannten Medicamente sind meist zu vermeiden, da ihre Ausscheidung durch die Nieren diese nur wieder reizt.

Neben der Haut muss der Darm als vikariirendes Organ für die Nieren eintreten. Erste Bedingung ist, den Darm überhaupt zu schonen, d. h. nicht mit Nahrung zu überladen. Die Ableitung geschieht am besten durch salinische Abführmittel, da alle aus dem Pflanzenreich stammenden Purgantien die Nieren reizende Substanzen enthalten. Unterstützt wird die Anregung der

Darmsecretion durch warme Enteroclysmen von physiologischer Kochsalzlösung, die meist gut vertragen werden.

Um ein Auftreten der Stickstoff-Stoffwechselproducte im Blute möglichst zu verhindern, ist es eine weitere therapeutische Aufgabe, während der acuten Nierenentzündung den Calorienbedarf im wesentlichen durch Kohlehydrate und Fette zu decken und nur die nothwendige Eiweissnahrung zu geben. Für den ruhenden, erwachsenen Kranken ist die Eiweisszufuhr auf einige Wochen mit 50—60 g zu decken. Alcohol und Gewürze sind ganz zu verbieten. Reine Milchnahrung ist im Anfang weder angenehm noch zuträglich; die Milch ist deshalb mit Hafer- oder Graupenschleim zu verdünnen. Später sind etwa zwei Liter Milch pro Tag zu geben; auch nach Schwinden der Albuminurie wird man nur vorsichtig tastend zur Fleischnahrung übergehen. Auch Gemüse und Obst werden erst nach Vermehrung der Diurese vertragen. Um einen zu lebhaften Stoffwechsel zu verhindern, ist im Beginn der Erkrankung absolute Bettruhe erste Bedingung einer erfolgreichen Behandlung.

Eine weitere Frage ist, wie man sich therapeutisch der Wasserretention, dem Hydrops gegenüber verhält. Es unterliegt keinem Zweifel, dass bei mangelnder Wasserzufuhr die Stoffwechselvorgänge im Organismus ungünstig beeinflusst werden; man muss also von Anfang an bedacht sein, dem Organismus Flüssigkeit zuzuführen, um die Ausscheidung der toxischen Substanzen aus dem Blute zu ermöglichen. Bei Durstgefühl kann man Flüssigkeit nach Bedarf gestatten, wenn Haut und Darm an Stelle der Nieren genügend functioniren, jedoch soll die Flüssigkeitszufuhr nicht über zwei Liter betragen. Reines Wasser bekommt hier am besten. Besteht Brechneigung und ist infolgedessen die grosse Gefahr einer Wasserverarmung des Organismus vorhanden, so sind heisse Enteroclysmen von physiologischer Kochsalzlösung oder von heisser Milch so lange nothwendig, bis die Brechneigung geschwunden ist. Treten schwere urämische Symptome auf, so ist bei gleichzeitig vorzunehmendem Aderlass die subcutane Wasserzufuhr eine rettende That. Oeftere Injectionen von 200—300 ccm physiologischer Kochsalzlösung erfüllen am besten ihren Zweck. Zeigen auch die serösen Höhlen Transsudate, so ist die Flüssigkeitszufuhr einzuschränken und die mechanische Entfernung des Hydrops anasarca durch Incision in das Unterhautbindegewebe durch Einlegen von Canülen unter die Haut anzustreben.

Ist die verminderte Wasserentfernung klinisch in Verbindung zu bringen mit dem Sinken des Blutdruckes im Gefässsystem, so ist diesem Umstande therapeutisch Rechnung zu tragen. Die Beschaffenheit des Pulses und der Herzthätigkeit geben hier wichtige Fingerzeige. Man sucht zunächst durch Zufuhr von heissen flüssigen Nahrungsmitteln den Blutdruck zu steigern (am

besten sind hier heisse Lösungen von Malzextract unter Zusatz von Sahne). Daneben wird man durch heisse Fussbäder, durch hydrotherapeutische, dem einzelnen Falle stets anzupassende Maassnahmen die Circulation anzuregen suchen. Zu letzterem Zwecke können auch die Digitalis- und Strophantuspräparate mit Erfolg angewendet werden; sie wirken aber eher schädlich als nützlich, wenn sie als sogenannte Diuretica bei normalem Gefässdruck gegeben werden. Von medicamentösen Diureticis bei Nephritis räth R. ab; seiner Erfahrung und Ueberzeugung nach giebt es nur ein wirkliches Diureticum bei acuter Nephritis und das ist das Wasser. Dessen richtige innerliche und äusserliche Anwendung in Verbindung mit den übrigen physicalisch-diätetischen Heilmethoden bieten uns genügende Mittel im Kampfe gegen die Folgen einer acuten Nierenentzündung. (Therapie der Gegenwart, April 1902, ref. Deutsche Praxis, 1903, No. 10.)

Sihle: *Zur Pathologie und Therapie des Asthmas.*

Das Asthma ist eine Neurose im Gebiete der Respiration und Cirkulation. Vier Momente treten bei ihr hauptsächlich in die Erscheinung: 1. Eine Hypertonie im Gebiete der glatten Musculatur des Respirationsröhrensystems, 2. eine Hypotonie im Gebiete des Cirkulationsröhrensystems (incl. Herz), 3. eine durch nervöse Vorgänge bedingte Bronchosecretion und 4. eine fluxionäre Hyperämie der gesammten Respirationsschleimhaut. Alle diese vier Momente können von drei Richtungen aus in Action gesetzt werden; vom peripheren Nervensystem aus, von im Blute kreisenden Reizen aus, vom Grosshirn resp. von der Hirnrinde aus. Demnach unterscheidet Verfasser 1. ein peripherigenes, 2. ein hämatogenes und 3. ein psychogenes resp. cerebrales Asthma.

Bei der Therapie muss eine solche der Asthmaattacken von der der Intervalle unterschieden werden, welch letztere mit der Arzneibehandlung zusammenfällt. Beim typischen, bronchialasthmatischen Anfall sind nun vier Componenten deutlich ausgeprägt, so haben wir den erhöhten Bronchialmuskeltonus herabzusetzen, zugleich der Gefässhypotonie zu steuern und die Bronchosecretion resp. -fluxion zu beeinflussen. Der Bronchospasmus wird am besten durch Morphium und seine Derivate bekämpft, die zweite Indication erfüllen die Digitalispräparate (Strophantus, Convallaria, Adonis vernalis etc. üben selten einen günstigen Einfluss aus) und die Bronchosecretion beeinflusst am besten das Jod, wonach am schnellsten die Feuchtigkeitsempfindung im Respirationstractus verschwindet, während die gewöhnlichen Expectorantien, wie Senega, Ipecacuanha etc., lange nicht so zuverlässig sind.

Die Berücksichtiung der drei ersten Componenten genügt. Deshalb verordnet Verfasser, wobei eine mittlere Dosirung gemeint ist:

Rp.: Infus. fol. digital. 1,0 : 150,0
Heroin. mur. 0,06
Kalii jodati 5,0
M.D.S. 4—6stündlich einen Esslöffel.

Doch da häufig eine solche Composition sich leicht zersetzt, so ist es rathsam, Digitalis für sich allein zu verschreiben. Die Wirkung ist eine ziemlich eclatante und tritt bereits eine halbe Stunde nach dem ersten Esslöffel ein. Sind die Erscheinungen der vasomotorischen Insufficienz sehr deutlich ausgesprochen, so kann ein grösserer Nutzen vom Digitoxin Merck erfolgen. Ist der Anfall abgeklungen, so verordnet Verfasser dieselbe Combination noch monatelang 1—2 mal täglich. Sollte die Medication infolge von Angewöhnung mit der Zeit unwirksam werden, so ist es rathsam, einen Versuch mit Atropin vorzunehmen.

Gegen die vierte Componente, die fluxionäre Hyperämie der Respirationsschleimhaut, gegen die es keine Arznei giebt, geht man am besten vor mit hydrotherapeutischen Maassnahmen sowie durch Einathmung comprimirter Luft am Waldenburg'schen Apparat. Daneben soll als Leitmotiv die Suggestion in Anwendung kommen. (Wiener klinische Wochenschrift, 1903, No. 4.)

Fr. Kraus: *Zur Sauerstofftherapie.*

Priestley, der als erster im Jahre 1774 das Sauerstoffgas darstellte, versuchte auch zuerst, dasselbe zu therapeutischen Zwecken auszunützen. Nach ihm bemühten sich besonders Foucroy und Beddoës, der Sauerstofftherapie bei allen möglichen Krankheiten eine weite Verbreitung zu sichern, gingen aber bei der Anwendung des Gases meist von ganz falschen Voraussetzungen aus. Mit Anfang des 19. Jahrhunderts gerieth die Sauerstofftherapie wieder fast ganz in Vergessenheit. Im Laufe des 19. Jahrhunderts nun wurde durch Hoppe-Seyler, Pflüger und Schmiedeberg die Erkenntnis gewonnen, dass die Oxydationsprocesse sich im wesentlichen in den Zellen abspielen. Regnault-Reiset hat den Satz aufgestellt, dass innerhalb verhältnissmässig weiter Grenzen der thierische Organismus gleichviel Sauerstoff absorbirt und gleichviel Kohlensäure abgiebt, welches auch der Partialdruck des eingeathmeten O_2 sei. Verf. selbst hat zur Prüfung dieses Satzes oft bis zur Dauer von mehr als einer Stunde möglichst reinen Sauerstoff geathmet, ohne dabei besondere subjective Wahrnehmungen zu machen. Auch die Pulsfrequenz war keine andere als beim Athmen gewöhnlicher Luft, nur die Athemfrequenz wurde (begreiflich) ein wenig niedriger, die Athmung dafür tiefer. Auch körperliche Arbeit, die Verf. vornahm, wurde durch vermehrte Sauerstoffeinathmung nicht erleichtert. Genau wie bei Verf. ging es bei anämischen und diabetischen Versuchspersonen. Verf. glaubt, dass das Re-

sultat dieser seiner Versuche der Sauerstofftherapie ziemlich enge Grenze stecken dürfte. Soweit sich die Angaben von Michaelis, welche der Sauerstoffinhalation günstig sind, auf dyspnoische Zustände infolge von Stenosirung der oberen Luftwege beliebiger Art, auf Dyspnoe infolge von gewissen Bronchitiden und auf Emphysem beziehen, muss Verf. auf Grund zahlreicher früher gemachter Erfahrungen im allgemeinen zustimmen. Gerade bei Pneumonie hat er jedoch fast nur schlechte Erfolge gesehen. Auch den Todeskampf der Patienten erleichtert die O_2-Inhalation nicht. Bei Tuberculose ist in den allermeisten Fällen das Einathmen von Sauerstoff nutzlos. Bei Insufficientia et Dilatatio cordis aus verschiedenen Ursachen bringt Sauerstoffathmung öfters Erleichterung. Nie hat Verf. jedoch die Cyanose wirklich schwinden sehen, trotz subjectiv verbesserter Athmung. Eine anhaltende Hebung des Pulses ist ausgeschlossen.

Bei gewissen Vergiftungen ist der Werth der Sauerstofftherapie nicht zu bezweifeln (Kohlenoxydintoxication). Beim Coma infolge Morphiumvergiftung zieht Verfasser aber weitaus Tracheatomie und künstliche Respiration (24—36 Stunden fortgesetzt) vor. Bei Anämie ist Sauerstoffathmung nutzlos. Verf. hat sich öfters überzeugt, dass speciell nach starken Blutungen der möglicherweise ins Plasma absorbirte O_2 bei Einathmung von sauerstoffreichen Gasgemischen das Leben nicht rettet. Bei Leucämie, Diabetes und anderen „constitutionellen" Erkrankungen fand Verf. die O_2-Therapie völlig ohne Einfluss.

Für Verf. giebt es also hauptsächlich eine Indication zur Sauerstoffinhalation: Stenosirung der Luftwege. Flache Athmung betrachtet er nur als bedingte Anzeige und zieht im schweren Coma mit Aussicht auf Wiederherstellung meist künstliche Respiration vor. (Therapie der Gegenwart, Januar 1903.)

Foss: *Beiträge zur Sauerstoffbehandlung.*

Die ungenügende Sauerstoffaufnahme wird in der Krankenpflege zunächst durch künstliche Herabsetzung des Bedürfnisses paralysirt; man lässt den Kranken geistig und körperlich ruhen. Es giebt jedoch Fälle, in denen diese Maassnahmen nicht mehr ausreichen, wo Dyspnoe und Cyanose sich zeigen und nicht weichen wollen, und hier wurde bisher die künstliche Zufuhr reinen Lebensgases für angezeigt gehalten. Da alle Fälle die günstigste Wirkung des Sauerstoffes einhellig erwiesen, so glaubt F., eine allgemeine Einführung dieses Hilfsmittels in die Balneotherapie empfehlen zu dürfen. Bei Herzleiden wurde oft allein durch Sauerstoff-Inhalationen eine bedeutende und nachhaltige Kräftigung des Herzens bewirkt; in vielen Fällen glaubt F. einen directen „Sauerstoffhunger" als eine Herzaffection annehmen zu müssen. Die subjective Besserung nach der Inhalation hält durchschnittlich 1—2 Stunden an, eine dauernde Besserung

trat bei vielen Herzkranken ein. Bei der Tuberculose kann das Oxygen nach Ansicht F.'s eine specifische Heilwirkung nicht haben, findet jedoch seine Anwendung auf dem Gebiete der Krankenpflege. Die von F. mit Sauerstoffbädern ausgeführten Versuche ergaben die interessante Thatsache, dass bei einem mit Oxygen imprägnirten heissen Bade die Herzthätigkeit bedeutend ruhiger war als im gewöhnlichen heissen Bade. Der Sauerstoff wird in Deutschland in zwei Fabriken hergestellt und, bei 100 Atmosphären comprimirt, in Stahlflaschen von 20—23 kg Gewicht und 1,4 kg Gasinhalt verkauft. (Görbersdorfer Veröffentlichungen, ref. Deutsche Praxis, 1903, No. 9.)

L. Hendrix: *Spätform der hereditären Gehirnsyphilis.*

Der mitgetheilte, einen zehnjährigen Knaben betreffende Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass die 38 Tage umfassende Initialperiode einen Abdominaltyphus vortäuschte. Beginn mit Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit der Glieder, Brechneigung. Anfangs Fieber zwischen 38,6 und 39,4°, in der dritten Krankheitswoche zwischen 38 und 38,5°. Am sechsten Tage Nasenbluten, Milzschwellung. Am zwölften Tage reichliche Roseola. Pulsfrequenz etwas über 100. Auffallend war jedoch, dass nach der vierten Woche, als alle sonstigen Erscheinungen verschwunden waren, der heftige Kopfschmerz, der sich auf den linken Stirnhöcker localisirte, sowie ein mässiges Fieber (38—38,5°) fortbestand. Am 38. Tage, als man die Reconvalescenz für nahe hielt, trat auf einmal heftiges Erbrechen ein; das Kind war sehr schwach und nicht mehr ganz bei Bewusstsein. Da das Gesicht blass und verzogen, die Pupillen erweitert und wenig beweglich waren, Steifigkeit des Nackens und Eingezogenheit des Leibes bestand, ausserdem unwillkürlicher Harnabgang und unregelmässiger, sehr verlangsamter Puls (55—60 Schläge) zu constatiren war, der heftige Stirnkopfschmerz weiterdauerte, lag der Gedanke einer Meningitis nahe. — Zu dieser Zeit wurde H. zugezogen. Gegen Meningitis sprach die nächtliche Acerbation des Kopfschmerzes sowie der ganze Verlauf der Krankheit; H. dachte sofort an die syphilitische Natur der Affection; es stellte sich auch bald heraus, dass Heredität von Seiten der Mutter vorlag. Daraufhin Einreibungen mit grauer Salbe und täglich 1 g Jodkali innerlich. Obwohl sich der Zustand im allgemeinen besserte, hatte sich der Stirnkopfschmerz besonders bei herannahender Nacht gesteigert, so dass man zu Morphiuminjectionen (0,01—0,02) schritt. Als nach acht Tagen einer specifischen Behandlung die meisten beunruhigenden Symptome verschwunden waren, bemerkte der Knabe auf einmal, dass er mit dem rechten Auge nichts sehe. Pupille unbeweglich; nicht sehr ausgesprochene Myriasis. Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab eine Papillitis. Die Hg-Einreibungen wurden wegen Speichelflusses

weggelassen; dafür die tägliche Jodkaligabe auf 1,50 g gesteigert. Eine Woche nach der Feststellung der Papillitis konnte das Kind schon besser sehen; bald darauf verloren sich die Sehstörungen und der Stirnkopfschmerz; zwei Wochen darauf war der kleine Patient vollständig geheilt. Als anatomischen Process nimmt H. ein Syphilom an der Basis des Gehirns an. (La Policlinique 22, 1902, ref. Deutsche Praxis.)

Rosenheim: *Foetor ex ore gastro-intestinalen Ursprungs.*

Nach Besprechung aller anderen Formen des Foetors kommt Verfasser zu der wichtigsten, nämlich zu solchen Patienten foetor-intestinalen Ursprungs, bei denen aber nur ganz geringfügige Darmstörungen vorhanden waren oder bei denen weder subjectiv noch objectiv Anomalien der Function festgestellt werden konnten. Er giebt drei einschlägige Krankengschichten, bei allen drei Fällen erzielte er durch Regelung der Diät (wenig weisse Fleischkost, im übrigen lacto-vegetabilisch) Heilung. Er führt dann weiter aus, dass die klinische Beobachtung und das therapeutische Experiment für die Richtigkeit der Anschauung sprechen, dass Eiweissfäulniss die Quelle des Foetors ist; beschränkte er die Eiweisszufuhr, vermied er thunlicht speciell diejenigen Eisweissstoffe, die erfahrungsgemäss in höherem Maasse der Zersetzung durch die Darmbacterien ausgesetzt sind, wie z. B. Muskelfleisch, Eiereiweiss, im Gegensatz zu Kasein, so war ein günstiger Einfluss nicht zu verkennen, namentlich wenn nebenher reichlich Kohlehydrate gegeben wurden (Zucker, Weissbrot, Mehlspeisen). Butter und Milch waren nach Belieben gestattet. Von Eiern wurde fast nur das Eigelb verwandt. Früchte, speciell Fruchtsäfte, waren gestattet, desgleichen Gemüse, nur wurden Stängel, Schalen, Kerne vermieden, desgleichen Kohlarten, Erbsen, Linsen, Bohnen. Die Sorge für regelmässige und gründliche Evacuation des Darmes ist natürlich von grosser Wichtigkeit und empfiehlt Verf. angelegentlichst den Gebrauch von Glaubersalzwässern; ausserdem lässt er Menthol (0,1—0,15 Sacch. aa in Caps. gelat.) mehrmals täglich nehmen. (Therapie der Gegenwart, Nov. 1902.)

Köhler: *Ueber den Stand der Frage von der Uebertragbarkeit der Rindertuberculose auf den Menschen.*

Zusammenfassend führt Köhler aus, dass weder die Gleichheit, noch die Verschiedenheit der Rinder- und Menschentuberculose, noch endlich die Uebertragbarkeit der Rindertuberculose auf den Menschen bisher abschliessend bewiesen oder widerlegt worden ist; es bedarf noch weiterer wissenschaftlicher Arbeit; auch hinsichtlich der Uebertragbarkeit der menschlichen Tuberculose auf das Rind werden die Ergebnisse der im Gange befindlichen umfassenden Versuche abzuwarten sein. In Deutsch-

land habe man von jeher die Uebertragbarkeit der Tuberculose durch thierische Nahrung nicht für so wichtig gehalten, wie diejenige von Menschen auf den Menschen. Der Abkochung der Milch vor dem menschlichen Genuss werde man auch fernerhin schon deshalb seine Aufmerksamkeit schenken müssen, weil sich die Milch auch für Erreger des Typhus, Scharlachs, Maul- und Klauenseuche als günstiger Nährboden erwiesen habe. Was das Fleisch tuberculöser Thiere betreffe, so stehen unsere Gesetze auf einem gemässigten Standpunkt. Weiterhin betont Verfasser, dass für die Tuberculose, da der Mensch selbst die Hauptgefahr bildet, eine sachgemässe Erkennung und Regelung der für das Zusammenleben der Menschen in Betracht kommenden Verhältnisse der Kernpunkt der Bekämpfungsmaassnahmen sei. (Beschaffung gesunder geräumiger Wohnungen, Gewerbehygiene, Heilstätten, Erziehung des ganzen Volkes zu einem auf die Nebenmenschen Rücksicht nehmenden Verhalten in den gesammten Lebensgewohnheiten.) (Deutsche med. Wochenschrift, 1902, No. 45.)

Feilchenfeld: *Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarcose.*

Folgendes sei aus dem Aufsatz hervorgehoben: Bei ganz kräftigen, robusten Menschen ist eine vorbereitende Behandlung des Herzens nicht erforderlich. Sobald aber eine nervöse Erregbarkeit am Herzen festgestellt ist, muss man dieselbe zu vermindern suchen; dabei sind die Herztöne matt, zuweilen etwas klappend; der Spitzenstoss liegt an der normalen Stelle, ist aber etwas diffus und undeutlich zu fühlen; der Puls ist klein und sehr beschleunigt. Verf. empfiehlt mehrere Tage hindurch kleine Dosen von Strophantustinctur dreimal täglich rein oder, wie Witzel angiebt, mit Tinct. digital. vermischt, was eine Verlangsamung des Pulses, grössere Beruhigung, Fehlen der Angstzustände, besseren Appetit und guten Schlaf erzeugt; der Puls sollte auf 80 Schläge gebracht werden können. Bei einer zweiten Gruppe mit deutlicher Muskelveränderung (von den leichten Formen der Muskelschwäche bis zu der schweren Myocarditis) wird man ein Digitalisinfus verabfolgen, lauwarme und kohlensaure Bäder verordnen oder auch Strychnin-Injectionen machen; in diesen Fällen wird man die Aethernarcose vorziehen. Auch bei Hypertrophie des Herzmuskels ist eine vorbereitende Behandlung wünschenswerth und die Unterstützung der Narcose durch eine Morphiuminjection am Platz. Man wird aber dabei möglichst die tiefe Narcose zu vermeiden haben. Bei den schweren Formen der Myocarditis wird man von einer Behandlung wenig erwarten dürfen und daher stets — die Dringlichkeit der Operation vorausgesetzt — auf die acute Gefährdung des Herzens durch die Narcose gefasst sein müssen. (Zentralbl. f. Chir., 1903, No. 7.)

Lanz: *Bromocoll bei Pruritus.*

Verfasser hat die jüngst von Joseph empfohlene Bromocollsalbe verwendet, und zwar mit solchem Erfolge, dass er es für angezeigt hält, die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf dieses Mittel zu lenken.

Seine Beobachtungen erstreckten sich vorläufig auf Fälle von allgemeinem und localem Pruritus, sowie Lichen simplex chronicus Vidal (Dermatitis lichenoides pruriens Neisser, Neurodermitis chronica circumscripta Brocq).

In einem Falle von verbreitetem Pruritus bei einem 42jährigen neurasthenischen Fabrikanten, welcher verschiedene innere und äussere Mittel ohne besonderen Erfolg gebraucht hatte, beseitigte die Bromocollsalbe das Jucken gleich nach der ersten Anwendung. Dieser Patient leidet an Pruritus schon seit zehn Jahren. In einem anderen Fall, welcher einen 47jährigen Fabrikdirector betrifft, besteht der Pruritus circa sechs Monate, wobei er zuweilen eine solche Heftigkeit erreicht, dass der Patient sich zu Blut zerkratzt. Arsen und Hydrotherapie combinirt mit localen Mitteln schafften bedeutende Erleichterung, doch stillte das Jucken nach Angabe des Patienten am besten und nachhaltigsten die Bromocollsalbe. (Praktitscheski Wratsch, Moskau, 1902, No. 4, ref. Deutsche Praxis.)

Siebert: *Ueber Juckausschläge im Kindesalter.*

Die Hautausschläge, um welche es sich hier handelt, im Volke Juckblattern, Zahnpocken u. s. w. genannt, lassen sich dermatologisch schwer subsumiren; einmal findet man diese Erkrankung zur Urticaria gerechnet, ein anderesmal zum Erythema exsudat, multiforme, wieder ein anderesmal zur Prurigo; es ist deshalb anzunehmen, dass die Erkrankung nach Ort und Zeit in verschiedenen Formen auftritt. Das in allen Fällen aufzufindende Characteristicum ist der schubweise Verlauf; in einzelnen Schüben treten die Primäreffloreszenzen auf und während sie noch bestehen oder bereits im Verschwinden begriffen sind, treten an derselben Körperregion zwischen den alten neue Effloreszenzen auf oder sie erscheinen an ganz anderen Stellen. Was die subjectiven Symptome betrifft, so wird das eine Mal Jucken beobachtet, das andere Mal stösst man nur zufällig auf diese Erkrankung. Lieblingssitze sind die Streckseiten der Extremitäten, die Weichen und die Gesässbacken, nicht selten auch die Fusssohlen und die äussere Malleolargegend.

Als Einzeleffloreszenzen findet man Maculae, die nicht über die normale Haut erhaben sind, linsen- bis erbsengross, von ziemlich dunkelrother Farbe, von ovaler Form, aber nicht scharf begrenzt, sondern ohne deutliche Grenze in die normale Hautfarbe übergehend. Des weitern findet man flache Papeln, hellroth gefärbt, mit regelmässig begrenztem entzündlichen Hof; ihre Grösse

ist meist geringer, linsen- bis erbsengross, als man sie bei der Urticaria zu finden gewohnt ist; doch finden sich zerstreut auch grosse Quaddeln mit anämischem Centrum. Dann sind als dritte Form Knötchen zu nennen. Der Strophulus (Juckblattern) nimmt eine Mittelstellung zwischen Urticaria und Erythema multiforme exsudat ein.

Die Dauer der Erkrankung ist eine äusserst verschiedene. Manche Kinder bekommen einmal einen Anfall, wieder andere haben Wochen und Monate damit zu thun.

Am häufigsten tritt die Erkrankung vom Ende des ersten bis zum dritten Lebensjahre auf; die Fälle werden während des ganzen Jahres beobachtet, eine gewisse Häufung lässt sich im ersten und zweiten und im siebenten und achten Monat feststellen. Eine Ursache lässt sich häufig nicht anführen; doch sind es häufig anämische Kinder.

Was die Therapie anbelangt, so giebt es kein sicher wirkendes äusseres Mittel. Bei acutem Verlauf und starker Reizbarkeit sind Puder, spirituöse Betupfungen (Einreibungen) oder auch Essigwaschungen zu verordnen; bei chronisch verlaufenden Fällen Wilkinson'sche Salbe. Dankbar waren Aenderung der Lebensweise und genaue Diätvorschriften. Innerlich wurden Ichthyol- und Ferrichthyoltabletten verabreicht. Von Arsenik wurde kein Erfolg gesehen. (Münch. med. Wochenschrift, 1902, No. 27.)

Straeter: *Ein neues Mittel gegen Decubitus.*

Verf. hat eine Unterlage construirt, die sich dem Kranken in jeder Beziehung anpasst. Sie besteht aus einer 10 cm breiten und 12 cm langen Filzunterlage, die eine Oeffnung von 4 cm Druchmesser hat und auf der oberen Fläche mit Klebestoff versehen ist, vermittelst dessen sie am Körper fest anhaftet, deshalb jede Bewegung des Kranken mitmacht und so die schmerzhafte oder wunde Stelle in jeder Lage vor Druck schützt. Nach Anlage der Schutzplatte ist der Schmerz sofort verschwunden, die hochroth gefärbte, secernirende durchgelegene Hautstelle wird innerhalb 24 Stunden blassroth, nach weiteren 24 Stunden hat sie sich in reinen Schorf verwandelt. Der trockene Schorf lässt sich nach 5—6 Tagen entfernen; unter demselben ist die Haut wieder normal. Zweckmässigerweise lässt man die Schutzplatte noch länger liegen oder, falls sie inzwischen zu locker geworden ist, ersetzt man sie durch eine neue. Es hat sich als practisch erwiesen, die Oeffnung in der Schutzplatte excentrisch anzulegen, so am Kreuzbein, Trochanter, Vertebra colli prominens.

Verf. erwähnt fünf Fälle, in denen die Platte sich vorzüglich bewährte; sie wird in dem „Medicinischen Ein- und Ausfuhrhaus" Hochdahl-Düsseldorf hergestellt. (Münch. med. Wschr., 1902, No. 35.)

R. v. Braun-Fernwald: *Zur Aetiologie, Diagnostik und Therapie der Extrauterinschwangerschaft.*

Die Ausführungen des Verfassers stützen sich auf ein Beobachtungsmaterial von 17 Fällen, die der Arbeit beigegeben sind, und beschäftigen sich mit den heute geltenden Anschauungen der Autoren. Verschiedene Ursachen können dazu führen, dass sich das Ei in der Tube einbettet. Für die Entstehung auf dem Boden der Gonorrhoe spricht die stetige Zunahme der Tubenschwangerschaften. Wenn auch die Erklärung durch ascendirende entzündliche Processe viele Momente für sich hat, so giebt es doch Fälle — auch Verf. hat einen solchen beobachtet — wo sich das Ei in einer gesunden Tube festsetzen kann. Dagegen hat man auch Implantation des Eies in sehr schwer erkrankten tuberculösen Tuben gefunden. Als Ausnahmen muss man diejenigen Fälle betrachten, in denen das Ei sich selbst seinen Weg in die Tubenwand bahnt und trotz Haematocelenbildung noch eine Ruptur mit freier Blutung in die Bauchhöhle stattfinden kann; demnach verliert die conservative Therapie bei Hämatocelenbildung durchaus nicht ihre Berechtigung. Ganz besonders hebt Verf. die mannigfachen Schwierigkeiten der Diagnose hervor. Zur Verwechselung von Extra- und Intrauteringraviditäten tragen verschiedene Umstände bei: 1. Torsionsstellung oder Lateroflexion des Uterus, infolge deren die lange Cervix als das ganze Organ, der Uteruskörper als Fruchtsack imponirt; 2. die vom Verf. selbst als frühes Schwangerschaftszeichen beschriebene Ausbuchtung und Vergrösserung des einen Uterushornes, wobei letzteres für die gravide Tube, das durch eine Furche getrennte kleinere, härtere Horn für den ganzen Uterus gehalten wird; 3. Myome im unregelmässig geformten Uterus können eine Extrauteringravidität vortäuschen. Die Frage, ob Hämatocele oder Ovarial- oder Tubencyste vorliegt, durch die Probepunction zu entscheiden, empfiehlt Verf. nicht, sowohl wegen der mit letzterer verbundenen Gefahren als auch wegen nicht ganz auszuschliessender Irrthümer. Die Therapie betreffend, hält Verf. die vaginalen Operationen für selten anwendbar. Einmal musste er wegen sehr starker Blutung statt der schwangeren Tube den ganzen Uterus exstirpiren. Die Frage, wie lange man bei Hämatocele mit der Operation warten soll, lässt sich nicht schematisch beantworten. Das Zurückgehen der Hämatocele ist daraus zu erkennen, dass die Douglas-Geschwulst stellenweise andere Consistenz annimmt, theilweise resistenter wird und die Uterusblutung nach und nach aufhört. Wenn man operiren will, hält Verf. bei kleineren Hämatocelen den Weg durch das hintere Scheidengewölbe für geboten, bei grösseren ist der abdominelle Eingriff sicherer; die vaginale Incision ist hier wegen eventueller Blutungen und der Gefahr der nachträglichen Vereiterung nicht angebracht. (Archiv f. Gyn., Bd. 66, Heft 3.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

Sitzung vom 15. *October* 1903.

Vorsitzender: Dr. Karl Doepfner.

Wissenschaftlicher Theil.

1. Dr. H. Banga berichtet über einen klinisch bemerkenswerthen Fall von intrauterinem Fibrom: Die Kranke menstruirte von ihrem 11. bis 18. Jahr ganz regelmässig und normal. Nach dem 18. Jahr wurde die Regel allmählich länger, blutiger und schmerzhaft. Etwa 6 Monate nach Beginn dieser Aenderung holte die Kranke ärztlichen Rath ein; dies war im August 1900. Ihre Beschwerden — überreichliche und schmerzhafte Regel — waren so characteristisch, dass die Diagnose auf intrauterines Fibrom gestellt wurde, obgleich die Abtastung vom Mastdarm aus keine Geschwulst nachweisen liess; der Fall schien dazu geeignet, abzuwarten, was die Gebärmutter mit der Geschwulst fertig bringen würde, umsomehr als bei der Enge der Scheide, des Halses und des unteren Abschnittes der Gebärmutter, deren innere Untersuchung mit dem Finger ausgeschlossen schien. Die Kranke blieb 3 Jahre unter Beobachtung. Sie wurde in dieser Zeit 4 mal untersucht, wobei sich feststellen liess, dass der Muttergrund allmählich dicker wurde und sich gegen den inneren Muttermund hin vergrösserte. Besonders bei der letzten Untersuchung in Narcose, am 1. Februar 1903, war es deutlich zu erkennen, dass die Gebärmutter im Begriffe stand, die Geschwulst in den oberen Halstheil hineinzudrängen. Natürlich hatte die Patientin inzwischen auch mehrere andere Aerzte consultirt, die meist zu sofortiger Operation riethen. Ende Juni 1903 war sie sogar bereits in einem Hospital, um „conservativ" operirt zu werden, nämlich durch Bauchschnitt, Eröffnung der Gebärmutter, Entfernung der Geschwulst, Naht. Im letzten Augenblick verweigerte sie jedoch die Operation und verliess das Hospital. Später begab sie sich wieder in die Behandlung des Vortragenden, der am 1. September 1903 von der Scheide aus mit leichter Mühe ein Fibrom entfernte, das, wie das vorliegende Präparat zeigt, eine derbe Consistenz besitzt und an Grösse einem kleinen Apfel gleichkommt. Die Operation bestand in Erweiterung des Halses durch Laminaria, Fassen der Geschwulst mit kräftiger Hakenzange, Abdrehen vom Ansatz, queren Einschnitt durch den äusseren Muttermund, Entwickelung.

Der Fall beweist, wie sehr es sich lohnt, bei intrauterinem

Fibrom der Gebärmutter selbst die Vorbereitung der Austreibung desselben zu überlassen, besonders bezüglich der Erweiterung jenes Ringes, der dem inneren Muttermunde entspricht. *Abwarten* sollte als goldene Regel gelten, wo die Enge der Scheide und des Halses uns hindert, bequem an die Geschwulst heranzukommen — es sei denn, bestimmte Gründe zwingen zu sofortigem Eingreifen.

Discussion. Dr. G. Schmauch: Ich möchte mir die Frage an den Vortragenden erlauben, ob es sich nicht doch nur um ein cervicales Myom gehandelt haben kann. Das völlig weisse Aussehen des anatomischen Präparates spricht dafür, dass es ein intramurales Myom und kein Polyp gewesen ist. Dieser Umstand sowie die Thatsache, dass die Geschwulst in die Cervix geboren wurde, macht es wahrscheinlicher, dass der Tumor seinen Sitz nicht sehr hoch in der Uterushöhle hatte. Der Fall ist wegen seiner klinischen Beobachtung äusserst interessant. Ich habe mir aber im Allgemeinen zur Regel gemacht, submucöse Myome, die wehenartige Schmerzen bereiten, sobald die Diagnose feststeht, operativ und zwar vaginal zu entfernen. Es ist uns zwar bekannt, dass grosse Myome der Mortification verfallen können und auf diese Weise ausgestossen werden. Dies tritt aber nur in einigen seltenen Fällen ein. Ich habe im vorigen Jahr Gelegenheit genommen, einen solchen Fall von aseptischer Gangrän zu beschreiben. Es handelte sich um eine 43jährige Frau (II. p); Uterus in Nabelhöhe, Portio fast verstrichen, Muttermund fünfmarkstückgross mit weichen Massen ausgefüllt, das ganze Bild einer schlaffen Fruchtblase in der Geburt ähnlich. Mittelst Sarcomzange wurden innerhalb dreier Tage ohne jede Blutung ca. 400 gr Myommassen entfernt. Der Fall verlief ohne jede stärkere Temperaturerhöhung. Wie gross die Geschwulst war und wie gut der Uterus sich zurückbildete, können Sie daraus entnehmen, dass die Uterushöhle nach 4 Wochen, als die Patientin entlassen wurde, nur noch 9½ cm mass. In der Literatur sind einige solche Fälle beschrieben, z. B. der einer Klosternonne, die an schweren Blutungen und Abgang von Fleischstücken litt. Anfangs war die Untersuchung der Klosterregeln wegen unmöglich, später aber, nachdem dieses Hinderniss überwunden war, wegen des zu engen Hymens nicht ausführbar. Der in über Nabelhöhe befindliche Uterus verkleinerte sich allmählich zu normaler Grösse. Diese Fälle von reiner Necrobiose ohne Bacterienwirkung sind aber nur Ausnahmen. Der gewöhnliche Verlauf ist der, dass solche Frauen mit hohem Intoxicationsfieber die Hülfe des Arztes aufsuchen und man dann aus Indicatio vitalis zu operiren gezwungen ist. Die Anwendung der Laminaria halte ich mit Dr. Banga für die schonendste Erweiterung des Uterus. Sie erst ermöglicht das Austasten der Uterushöhle und die Aufstellung eines Operationsplanes. Eine Gefahr

der Infection ist heute, wo wir die Laminaria besser zu sterilisiren gelernt haben, fast ausgeschlossen. — Dr. Carl Beck weist auf das grosse Interesse hin, das dieser Fall beanspruchen darf, einmal wegen der Vollständigkeit der klinischen Beobachtung und dann wegen des jugendlichen Alters der Patientin. — Dr. Saurenhaus giebt seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass in diesem vorliegenden Falle das abwartende Verhalten durchaus gerechtfertigt war; dies ist aber nicht immer so, denn häufig tritt spontane Gangrän des Tumors ein mit allen ihren verderblichen Folgen. Dr. Saurenhaus referirt dann kurz über einen ähnlichen Fall, bei welchem er mit Vortheil Ergotin gegeben hat. Die Anwendung der Laminaria hält er für nicht ganz ungefährlich, weil bisweilen Parametritiden darnach auftreten. — Dr. Banga weist in seinem Schlusswort der Anfrage des Herrn Dr. Schmauch gegenüber darauf hin, dass bei den ersten Untersuchungen nur der Fundus eine Verdickung nachweisen liess, das untere Uterinsegment aber seine normale Schlankheit bewahrt hatte; erst später verdickte sich auch die Gegend des inneren Muttermundes. Dr. Banga hält daran fest, dass in Fällen, wie der vorliegende, wo die Patientin stets unter ärztlicher Controlle bleiben kann, ein abwartendes Verhalten unbedingt gerechtfertigt sei, vorausgesetzt natürlich, dass keine besonderen Indicationen vorliegen, die ein sofortiges Eingreifen nöthig machen.

2. Dr. A. N. Baer (Milwaukee): *Die moderne Entwickelung der physicalischen Heilmethoden.*

Der Vortragende bezeichnet in seinen einleitenden Worten die Einführung der physicalischen Heilmethoden in die Therapie als eine der segensreichsten Errungenschaften der letzten Dezennien des XIX. Jahrhunderts. Er erörtert sodann die Gründe, die dafür verantwortlich zu machen sind, dass dieser wichtige Schritt erst in unserer Zeit gethan wurde, obgleich einzelne der in Betracht kommenden Behandlungsmethoden so alt sind wie die wissenschaftliche Heilkunde selbst. Besonders wichtig ist dabei der Umstand, dass einzelne der Methoden Jahrhunderte lang in den Händen von Curpfuschern oder solchen Aerzten gelegen haben, die sich bewusst in Gegensatz zur Schulmedicin stellten, so dass Aerzte, die auf Standesehre hielten, sich schämten, sich mit den Methoden zu befassen, aus Furcht, mit jenen dunklen Ehrenmännern in einen Topf geworfen zu werden. Ausserdem trugen die Uebertreibungen jener Pfuscher viel dazu bei, die betreffenden Verfahren zu discreditiren. Dies hat sich nun glücklicherweise gründlich geändert, seit Männer von dem Rufe eines Leyden sich dieses Stiefkindes der Therapie angenommen und ihr gründliches Studium veranlasst haben.

Redner giebt darauf in Kürze einen Ueberblick über die chro-

nischen und acuten Krankheiten, bei denen physicalische Methoden zum Nutzen der Kranken verwendet werden können, und geht bei einigen wenigen auf die technischen Details der Behandlung ein. Ferner betont er, dass auf diesem Gebiete noch recht viel zu thun und zu lernen übrig bleibt, da wir ja noch am Anfange der Entwickelung dieser Methoden stehen. Wir sind auch noch nicht im Stande alle Erfolge theoretisch zu erklären und müssen uns damit zufrieden geben, dass sie da sind. Jedenfalls sind wir aber heute schon soweit, dass wir uns für berechtigt halten müssen, folgende Forderungen zu stellen:

1. Es muss den kommenden Aerzten während der Studienzeit Gelegenheit geboten werden, die physicalischen Heilmethoden gründlich kennen zu lernen.

2. Durch Ferien- oder Postgraduate-Curse sollte es den bereits in der Praxis befindlichen Aerzten, auch den Specialisten aller Fächer ermöglicht werden, sich auf diesem Gebiete wenigstens soweit zu informiren, dass sie die Indicationen und Contraindicationen kennen.

3. Die grösseren Krankenhäuser sollten sich mit den nöthigen Apparaten versehen.

4. Aerzte sollten die betr. Methoden als Specialität ergreifen und von den Collegen durch Zuweisung von geeigneten Fällen unterstützt werden.

Diese Forderungen liegen nicht nur im Interesse unserer Patienten, sondern auch ganz besonders im Interesse des ärztlichen Standes selbst. Wenn aus seiner Mitte diesen Bestrebungen das richtige Verständniss entgegen gebracht wird, so ist damit eine scharfe Waffe gegeben gegen die gefährlichste Form des immer mehr überhand nehmenden Curpfuscherthums, und es wird sich uns nicht mehr das beschämende Schauspiel darbieten, dass ein Kranker, der durch ärztliche Kunst nicht geheilt wurde, von einem Pfarrer, Schneider oder Schuster mit Hülfe von Wasser, Massage oder Suggestion hergestellt wird.

Leider sind wir von der Erfüllung dieser Wünsche noch sehr weit entfernt, denn vorläufig ist nur in Deutschland Gelegenheit geboten, sich gründlich in allen Methoden auszubilden.

Ganz besonders entmuthigend aber ist es für die Vertreter der physicalischen Heilmethoden, wenn sie sehen müssen, dass einzelne Collegen ihre Patienten lieber einem unwissenden und häufig auch in rein technischer Beziehung unzulänglichen Laien zusenden als einem competenten Collegen oder dass sie sogar einem solchen Pfuscher ein Zeugniss ausstellen, von dem dieser dann natürlich reclamenhaften Gebrauch macht.

Discussion. Dr. Hirschfeld (Sanatorium Winetka) bespricht seine Erfahrungen mit physicalischen Heilmethoden und giebt der Ueberzeugung Ausdruck, dass die Suggestion eine grosse Rolle dabei spielt; bezüglich der Bewegungstherapie er-

innert er daran, dass schädliche Wirkungen nicht selten seien und erwähnt dabei einen Fall einer bulbären Erkrankung, bei welchem diese Behandlungsmethode (von anderer Seite in Anwendung gebracht) entschieden nur geschadet habe. Er weist ferner darauf hin, dass es von grösster Wichtigkeit sei, die Lebensverhältnisse der Patienten, soweit wie möglich, zu regeln und zu normalisiren. — Dr. C. Beck bedauert mit Herrn Dr. Baer, dass der Unterricht in den physicalischen Heilmethoden bisher so stiefmütterlich behandelt worden sei im Vergleich mit der Chirurgie und Gynäcologie; dies habe zur Folge, dass die Studenten und jungen Aerzte vielfach geneigt seien, gleich zu operiren in Fällen, wo einfachere Methoden am Platze wären. Er hat bei Colitis gute Erfolge gesehen von der Winternitz'schen Methode. — Dr. A. B. Keyes hält es für dringend nothwendig, dass der ärztliche Stand den physicalischen Heilmethoden mehr Interesse entgegenbringt als es bisher geschehen ist; nur auf diese Weise können die Curpfuscher unschädlich gemacht werden. Er berichtet ferner über zwei Fälle aus seiner Praxis. Der erste Fall betrifft ein Kind mit stark einwärts gekrümmten Zehen, welchem ein schwerer Eisenapparat angelegt worden war. Dr. Keyes entfernte diesen, liess entsprechend weites Schuhwerk tragen und den Fuss regelmässig massiren. Der Erfolg war völlige Heilung in wenigen Wochen. Der zweite Fall betraf einen alten Mann mit ausgesprochener Arteriosclerose und Herzsymptomen. Er wurde von einem Curpfuscher mit anstrengenden gymnastischen Uebungen behandelt, die innerhalb kurzer Zeit zum Tode führten. — Dr. Saurenhaus begrüsst die Ausführungen und Vorschläge des Vortragenden als ein geeignetes Mittel zur Bekämpfung des herrschenden „furor operativus." Er hält die Hydrotherapie und Massage für berufen, ein wirksames Gegengewicht zu bilden für die übertriebenen operativen Tendenzen der Gegenwart. — Dr. Karl Doepfner warnt vor Ueberschätzung der Röntgentherapie bei der Behandlung der malignen Tumoren. Es ist zweifellos wahr, dass in die grossen Kliniken jetzt wieder viel mehr inoperable Krebse kommen, die eben mit Röntgen- oder auch Finsenlicht so lange „behandelt" worden sind, bis es zur Operation zu spät war. Diese Behandlung bei *noch operablen* malignen Tumoren ist vorderhand durch nichts gerechtfertigt. Wirklich „geheilt" wurden durch Röntgenlicht nur ganz vereinzelte Fälle. Die „Heilung" ist aber meist nur wenige Monate, ganz selten mehrere Jahre alt. Der am besten beobachtete Fall ist der von Mikulicz in den Beiträgen zur klin. Chir., Bd. 37, berichtete. Vor 2 Jahren erklärte man im Finseninstitute in Kopenhagen, dass nur die oberflächlichen Hautkrebse behandelt würden und dass die damals berechnete Zahl der Heilungen etwa 50 Procent betrage. Dass die Bier'sche Behandlung eine noch viel grössere Beachtung

verdient, als sie schon geniesst, ist sicher. Alles, was Bier auf Grund seiner Studien empfiehlt, kann vom practischen Arzte selbst ausgeführt und überwacht werden. Wie lange dauert es wohl noch, bis diese so schonende und doch so wirksame Behandlung Gnade bei den practischen Aerzten findet? Meiner Erfahrung nach leistet sie Vorzügliches bei tuberculösen Synovitiden, während dagegen die Knochenherde nicht beeinflusst werden. Eine acute Gelenkgonorrhoe ist wohl am besten nach Schuchardt mit 3 Procent Carbolinjectionen zu behandeln. Seien wir nicht zu sanguinisch gegenüber der wieder zum Leben erweckenden Herzmassage im Chloroformcollaps oder besser Chloroformtod. Der am längsten am Leben erhaltene Patient starb 23 Stunden nach der schweren Verletzung. wie eine wirksame Herzmassage sie bedingt; nämlich: Rippenresection und Eröffnung der Pericardialhöhle, Operationen, die leider nur zu oft von Pleuraverletzungen und deren Folgen begleitet sind.

Die mechanisch-physicalische Therapie der Tabes nach Fränkel muss Jedem, der diese schwere Krankheit und ihre bis jetzt hoffnungslose Behandlung kennt, mit Bewunderung erfüllen. Wer gesehen hat, wie Kranke, die fünf Jahre im Rollwagen und Bett zubringen mussten, wieder lernten, an Stöcken herumzugehen und sich ziemlich selbstständig zu bewegen, wird gewiss nie mehr versäumen, seinen Tabeskranken diese Behandlung angedeihen zu lassen. — Dr. A. N. Baer (Schlusswort) beschränkt sich darauf, einzelnes in seinem Vortrage vergessenes nachträglich anzuführen und verschiedene Anfragen zu beantworten.

Dr. L. N. Abele, Schriftführer.

Sitzung vom Donnerstag, den 5. November 1903.

Vorsitzender: Karl Doepfner.

Wissenschaftlicher Theil.

1. Dr. J. Beck stellt einen Patienten vor mit einer *Lingua nigra* und dem zufälligen Nebenbefund einer habituellen Unterkieferluxation.

Discussion. Dr. J. Holinger: Die Fälle von „Lingua nigra" sind selten und vom pathologischen Standpunkt aus sehr interessant. In einer Arbeit aus der Basler Klinik, welche im Arch. f. Laryngologie, Jahrgang 1896, publizirt ist, wurden die bei dieser Erkrankung auftretenden Horngebilde der Schleimhaut sorgfältig untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass verhornte Epithelien an der Wangenschleimhaut und besonders im Bereiche des Waldeyer'schen Schlundringes gar nicht so sel-

ten sind. Auf den Tonsillen kommt es sogar zur Bildung von eigentlichen Hörnchen. Auf diesen veränderten Epithelien können sich dann auch Rasen von Leptothrix buccalis ansiedeln und dies erklärt dann die oftbetonte Hartnäckigkeit der sog. Pharyngomycosen gegenüber therapeutischen Eingriffen. Um denselben beizukommen bleibt oft nichts anderes übrig als die ganze Schleimhaut bis in das submucöse Gewebe abzutragen. Die erwähnten Untersuchungen wurden vorgenommen zur Entscheidung der Frage, woher das Cholesteatom des Mittelohres seinen Anfang nehme. Bei dieser Affection findet sich das Mittelohr anstatt mit Schleimhaut mit verhornter Epidermis ausgekleidet, deren Provenienz bei randständiger Trommelfellperforation durch directes Fortwachsen vom äusseren Gehörgang leicht erklärt werden konnte, bei intactem Trommelfell aber unklar blieb, solange man nicht wusste, dass auf Schleimhäuten Verhornungen vorkommen. Dies wurde aber zuerst nachgewiesen bei ähnlichen seltenen Fällen von Lingua nigra, wie uns Dr. Beck heute einen vorgestellt hat. Dr. C. Beck weist auf jene analogen Fälle von Zungenaffectionen hin, die unter dem Namen Leucoplacia bekannt sind und meist mit Lues in Zusammenhang gebracht werden. Auch ihnen gegenüber ist die Therapie nahezu machtlos. Bezüglich der Unterkieferluxation bemerkt er, dass als prophylactisches Mittel empfohlen wurde, dem Patienten ein Band umzulegen, das das Oeffnen des Mundes nur bis zu einem gewissen Grade gestattet und dadurch das Ausspringen der Gelenkköpfe verhindert. Dr. Karl Doepfner führt aus, dass Gelenkrheumatismus als aetiologisches Moment für die Unterkieferluxation in Betracht kommt. Therapeutisch wurde von chirurgischer Seite vorgeschlagen: die Gelenkbänder zu verkürzen, ferner Resection des proc. condyloideus und schliesslich 10 Procent Chlorzinkinjectionen in das Gelenk.

2. Dr. J. Beck: *Die häusliche Behandlung der Otitis media.*

Discussion. Dr. Grade kann die Empfehlungen des Herrn Dr. Beck nur auf's Wärmste unterstützen, obwohl er persönlich diese Technik der Gaze-Einführung nie versuchte und wenn irgend möglich die Einführung des Drains nicht dem Patienten überlassen will. Die eigene Erfahrung hat ihm auf's Bestimmteste gelehrt, dass eine jede Ohrenentzündung, bei der überhaupt Perforation droht, am schnellsten und leichtesten verläuft, wenn nach frühzeitiger Paracentese das Secret dauernd aseptisch durch Gaze aufgesaugt wird. Durch sorgfältige Technik lässt es sich erreichen, dass in jedem Falle, bei dem eine genügend frühzeitige Paracentese ein seröses Secret ergeben hat, dasselbe niemals eitrig wird, sondern serös bleibt bis es schliesslich versiegt. Keine andere Methode führt zu diesem Ziel. Nur wenn es gelingt, das Secret serös zu erhalten, kann man mit Sicherheit auf

den kürzesten Verlauf ohne Complicationen rechnen. Aber auch dann, wenn es zu eitrigem Ausfluss gekommen ist, sichert eine richtig gehandhabte Aufsaugung vermittelst Gaze einen besseren Ausfluss des zähen Secrets als es durch die Schwerkraft und periodisches Ausspritzen möglich ist. — Dr. J. Holinger: Früher galten die Ohreneiterungen für unheilbar. Dass sie es heute nicht mehr sind, verdanken wir dem Umstande, dass der Arzt jede Procedur der Behandlung persönlich vornimmt und nicht dem Patienten ein Recept oder eine Vorschrift in die Hand drückt, sei es nun zum Ausspritzen oder zum Ausstopfen. In Bezug auf diese Art der Behandlung hatte ich genügend Gelegenheit negative Resultate zu sammeln. Die Apparate, die uns Dr. Beck gezeigt hat, sind ja sorgfältig ausgedacht, aber werden die Patienten, und besonders die poliklinischen zu Hause und auf 2—3 Wochen hinaus täglich die Vorschriften mit der gleichen Sorgfalt ausführen wie in der Sprechstunde? Ferner, setzen wir den Fall, die Leute seien gewissenhaft genug und wechseln wirklich die Gaze täglich, wozu das Alles? Das äussere Ohr ist doch das beste Drainrohr, wer wird denn ein Drainrohr vollstopfen? Zum Zwecke der capillaren Drainage und Fernhaltung weiterer Infection? Der Eiter ist aber doch meist reichlich und dick und deshalb ist die Capillardrainage ungenügend und in der feuchten Gaze schreitet die Infection noch schneller voran. Besondere und schnellere Resultate hat mir die Bezold'sche Behandlung gegeben, nämlich: Ausspritzen mit warmer Borlösung, Luftdouche, sorgfältiges Austrocknen und Einstäuben von trockenem Borsäurepulver. Fälle mit sog. Zitzenperforation verlangen immer besondere Aufmerksamkeit. Dr. Beck sagt Camphoroxol sei schmerzlos. Ich verordnete es bei 3 Patienten mit alten Ohreneiterungen. Alle drei klagten nach der ersten Application über grosse Schmerzen, und als ich dennoch auf der Anwendung des Mittels bestand, suchten sie anderweitig Hilfe. Was endlich die von Piffel empfohlene conservative Behandlung der acuten Entzündung ohne Incision des Trommelfells anbelangt, so möchte ich nur noch kurz Folgendes bemerken. Dr. Beck sagt, dass vor 5 Jahren, als er in Prag war, Dr. Piffel stets frühzeitig zu incidiren pflegte. Wenn Piffel jetzt ein Verfechter des Gegentheils ist, so beruht dies eben auf besserer Erkenntniss, herbeigeführt durch sorgfältige Statistiken. Andere Autoren sind der gleichen Ansicht und behaupten ebenfalls, dass die Resultate der conservativen Behandlung schnellere und bessere seien. Grunert allerdings ist entgegengesetzter Meinung und geht darin soweit, dass er Diejenigen, die conservative Methoden vorziehen, der Furcht vor dem Messer und der mangelnden Technik beschuldigte.

An der Discussion betheiligten sich ferner die Herren Dr. Keyes, Dr. C. Beck und Dr. J. Beck.

Dr. L. N. Abele, Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber *rectale Application von Collargol* hielt Dr. H. S. Loebl einen interessanten Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Seit zwei Jahren werden auf der II. medicinischen Abtheilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitales in Wien vielfach therapeutische Versuche mit meistens recht günstigem Erfolge bei Sepsis, Erysipel, Puerperalprocessen u. a. mit Unguentum Credé und mit intravenösen Injectionen von Collargol angestellt. In manchen Fällen sind trotz Beherrschung der Technik intravenöse Injectionen unmöglich (dickes Fettpolster, Enge der Venen). So auch in einem (August 1903) zuerst ohne Erfolg mit Unguentum Credé behandelten Falle, bei dem nun versuchsweise Collargol als Klysma applicirt wurde. Der gute Erfolg war Veranlassung zu weiteren Versuchen. Vortragender demonstrirt ausser zwei Patienten Temperaturcurven von drei Fällen schwerer Sepsis, einem Puerperalprocess und einer Thrombophlebitis nach Typhus, wo ein günstiger Erfolg sich zeigte, der wohl nur auf den therapeutischen Eingriff zu beziehen war. In vier anderen Fällen mussten Collargolclysmen theils wegen negativen Erfolgs, theils wegen anderer Complicationen ausgesetzt werden. Die Verabreichung von Collargolclysmen bei sechs fiebernden Phthisikern ergab bisher kein eindeutiges Resultat.

Das Collargol wurde zweimal täglich zu je 0,15—0,30 g in 75,0 g Aqu. dest. nach Vorausschickung eines Reinigungsclysmas 8 Tage hindurch gereicht. Vortr. erblickt den Vortheil der Clysmen in der ungefährlichen bequemeren Application und in der Möglichkeit der Verabreichung grösserer Dosen. Die Wirkung des Collargol bei dieser Applicationsform war bei aller Vorsicht, die zur Beurtheilung solch kleiner Versuchsreihe gehört, überraschend gut und jedenfalls der Nachprüfung werth. Eine ausführliche Publication wird nach Abschluss der Untersuchungsreihen erfolgen.

Discussion. Primarius Docent Dr. Frank empfiehlt auf Grund seiner Erfahrung sehr die intravenöse Injection von Collargol.

Professor Hermann Schlesinger führt aus, dass man im Collargol eines der wirksamsten Mittel zur Bekämpfung septischer Zustände besitze. Auf seiner Abtheilung wurden sehr viele Kranke mit Collargol auf verschiedene Weise behandelt und er hat sich zu wiederholten Malen, namentlich nach Darreichung des Präparates auf intravenösem Wege, nicht dem Eindrucke entziehen können, als wenn es selbst in verlorenen Fällen noch geholfen hätte. Jedoch sei die intravenöse Injection nicht stets so leicht durchführbar. Er weist auf verschiedene Schwierigkeiten bei Anwendung dieses Verfahrens in praxi hin (Verfehlen der Vene, Vereiterung etc.). Die Application per rectum ist nach seinen Erfahrungen in Bezug auf Wirkung gleichwerthig mit der intravenösen Anwendung des Präparates und bedeutet einen wesentlichen Fortschritt in der Anwendung dieses für die Bekämpfung der Sepsis ungemein wichtigen Mittels. (Wiener klin. Wochenschr., 1903, No. 44.)

Kleine Mittheilungen.

— *Die lateinische Sprache in der medicinischen Literatur.* Wir haben bei einer früheren Gelegenheit schon einmal darauf hingewiesen, wie lächerlich es ist, medicinische Arbeiten etc. mit lateinischen Phrasen zu schmücken, wenn man nicht einmal die Anfangsgründe dieser Sprache beherrscht. Dem vor Kurzem erschienenen 21. Jahresbericht des *Harlem Eye, Ear and Throat Infirmary of the City of New York* entnehmen wir die folgende Blüthenlese lateinischer Krankheitsbenennungen: *Conjunctivitis cum blepharitis, Pannus trachomatosa, Ulcus indolentia, Ulcus traumatica, Synechia posteriaris, Contusion et ulcus traumatica, Glaucoma acuta, Glaucoma chronica, Erythema bullosa.* Ja so ein bischen lateinisch, das macht sich wunderschön!

— *Verzogen* : Dr. *Otto Maier* nach 212 Ost 18. Strasse.

Ein Arzt, in den 70er Strassen, westlich von der Lexington Avenue wohnend, würde einen Collegen die Office unter günstigen Bedingungen mitbenutzen lassen. Anzufragen bei der Redaction dieser Monatsschrift.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XV. New York, December 1903. No. 12.

ORIGINALARBEITEN.

Speichelsteine.*)

Dr. G. Schirmer, Chicago.

Die Speicheldrüsen mit ihren Ausführungsgängen, Parotis (d. Stenonianus), Submaxillaris (d. Whartonianus) Sublingualis (d. Rivini) können der Sitz von Concrementen sein, die Speichelsteine (daher Sialolithiasis) genannt werden. Die Erkrankung scheint überall vorzukommen, doch fällt die Hälfte der bis 1896 veröffentlichten Fälle auf Frankreich. Männer im mittleren Lebensalter stellen das grösste Contingent. Der jüngste Patient war ein Kind von 3 Wochen, jedenfalls merkwürdig genug, da die Speichelabsonderung in diesem Alter recht gering ist. Bis jetzt wurde über nur 200 Fälle berichtet und die Erkrankung wurde daher als eine seltene bezeichnet. Die Concremente verdienen mit Recht den Namen Steine, denn sie enthalten neben Eisen, kohlensaurem Kalk, Magnes. phosph., Trippelphosphat, Chlornatrium auch Kieselsäure. Diese anorganischen Bestandtheile machen 94.5 Procent des Gesammtgewichtes aus und geben den Steinen ihre verschiedene Consistenz und Farbe. Die organischen Substanzen rühren her von: Ptyalin, Mucin und Bacterien. Im Kern der Steine fand man: Kerne, Haare, Holzstückchen, Zahnsteinpartikel, Schrote, Fischgräthen etc. Die Form der Steine ist wohl von dem Ort ihrer Bildung abhängig, ihre

*) Nach einem Vortrage, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

Grösse ist wechselnd. Von grossem Interesse ist der Nachweis von characteristischen Bestandtheilen des Speichels in den Steinen. Dahin gehört in erster Linie das Ptyalin. Es gelang mir in einem Stein aus dem duct. Whart. die saccharificirende Eigenschaft durch Kupfer und die Gährungsprobe nachzuweisen. Weder andern noch mir gelang es, das für den Speichel so characteristische Rhodankalium — Schwefelcyankali — nachzuweisen. Da das Rhodankali im Blute nicht vorgebildet, also sicher nur ein Product der gesunden Drüse ist und da schon Allgemeinkrankheiten, besonders Bleivergiftung, Lebererkrankungen, den Rhodangehalt des Speichels stark herabsetzen, so ist die Abwesenheit des Rhodankali wohl durch die Miterkrankung der Drüse zu erklären, vielleicht auf reflectorischem Wege, ähnlich der verminderten Nierenfunction bei Ureterensteinen. Nach der Entfernung von 3 Steinen des duct. Stenon. konnte ich im Secret der betreffenden Parotis kein Rhodankali nachweisen.

Als veranlassende Momente zur Steinbildung werden angeführt: Traumen, Dyscrasie, Eindringen von Fremdkörpern und Bacterien. Letztere spielen ohne Zweifel eine grosse Rolle, mit Sicherheit und noch virulent wurden sie in Schichten der Steine nachgewiesen und sie sind ohne Zweifel die Urheber der Abscessbildung um den Stein. Erst die Abscessbildung bringt die Patienten zum Arzt, der Stein oder Fremdkörper mag schon Jahre lang ohne grössere Beschwerden getragen worden sein. Die geringe Zahl (200) veröffentlichter Fälle während der letzten sechs Jahrhunderte dürfte beinahe die Aufstellung der Behauptung erlauben, dass ein genaueres Studium der Speichelsteine sich gar nicht lohne. Es scheint, dass die Speichelsteine mehr als Curiositäten veröffentlicht wurden, wenn z. B. von Steinen von 6 cm Länge berichtet wird, was doch sicher ein Beweis ist, dass die Diagnosen recht schlecht gewesen sein müssen. Mit Hülfe der Röntgenbilder gelang es mir, während der letzten 2 Jahre 6 Fälle von Erkrankungen der Speicheldrüsen und deren Gänge richtig und frühzeitig zu diagnosticren.

Die von Speichelsteinen hervorgerufenen Symptome sind von denen uns bei Gallen-, Nieren-, Blasen-Steinen geläufigen grundverschieden. Es scheint, dass die Speichelsteine wenig wandern, daher wenig Schmerzen machen, so dass

eine gewisse Toleranz des Patienten eintritt und derselbe für seine Schmerzen im Ohr, in den Zähnen, Schwindel, Sprachbehinderung irgend etwas nur nicht einen Stein verantwortlich

Steine der Glandula submaxillaris.

macht. Als ein Cardinalsymptom muss das Auftreten der Colique salivaire bezeichnet werden. Der Patient erzählt, dass bei gewissen oder seinen Appetit sehr anregenden Speisen, auch nur Ge-

schmacksvorstellungen eine Schwellung in der Wangengegend auftritt, die er durch Reibungen zum Verschwinden bringen kann. In diesem Stadium ist der Patient noch recht gleichgültig. Anders, wenn eine Entzündung eintritt! In gleichen Fällen mag durch eine Pyorrhoea salivalis spontan Linderung geschaffen werden, in Fällen aber mit phlegmonöser Infiltration bleibt nur ein chirurgischer Eingriff übrig. Es ist begreiflich, dass in einem räumlich so beschränkten Gebiete, wie es die Mundhöhle ist, ein Tasten und Sondiren auf's Geradewohl nicht angezeigt ist. Haben wir ein Röntgenbild, dann wissen wir die Operationsstelle, die Grösse des Steines, ihre Zahl etc. Nimmt der Patient das

Drei Steine im linken Ductus Stenonianus.

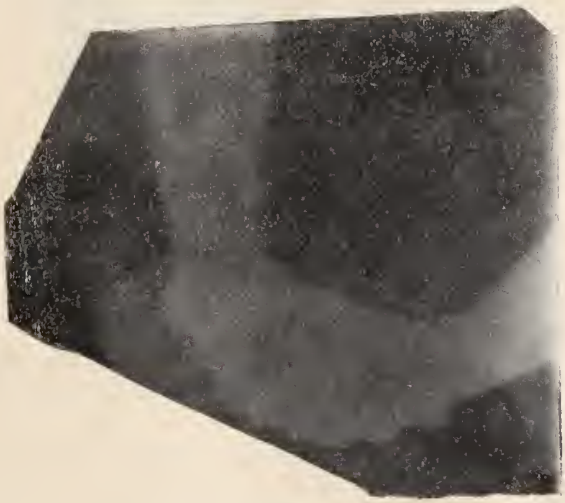
sensitive Papier zwischen den Zähnen in den Mund dann bekommen wir eine klare Anschauung über den Boden der Mundhöhle, also über Alles, was im duct. Wharton. und der gl. subling. sich befindet, beim duct. Sten. muss das Papier zwischen Wange und den Zähnen geschoben werden.

In der neuesten Bearbeitung der Speichelsteine wird die Anwendbarkeit der Röntgenstrahlen bei Speichelsteinen etwas bezweifelt, ich muss nach meinen Erfahrungen das Gegentheil behaupten und dringend anrathen, in jedem auch sonst klarem Falle ein Röntgenbild zu machen. Die Geschichte der Speichelsteine erzählt von so vielen Irrungen, dass ich die Erkrankungen aufzählen möchte, die durch einen Stein vorgetäuscht waren: Krebs, Alveolarperiostitis, Knochentumoren, tuberculöse Lymphdrüsen, Gummigeschwulst, Atherom, Lipom, Ranula, Angina Ludovici etc.

Um meine Behauptung von der Nothwendigkeit eines Röntgenbildes zu beweisen, dafür möchte ich über 3 Fälle berichten.

Eine junge Patientin kam mit einer schmerzhaften Schwellung der l. unteren Maxillargegend zur Consultation. Ich dachte, es sei eine grosse tuberculöse Lymphdrüse, rieth aber ein Röntgenbild machen zu lassen. Dasselbe zeigt fünf kleine dreieckige Steine resp. Schatten der l. gl. submaxillaris. Eine Massagebehandlung hat die Schwellung beinahe zum Schwinden gebracht.

Noch lehrreicher ist folgender Fall. Patient leidet seit 6 Jahren an Colique salivaire, seit einigen Tagen an einer Entzündung des rechten Mundbodens, die das Sprechen, das Kauen und wegen Entzündung der r. gl. submax. die Kopfbewegungen unmöglich machte. Das Röntgenbild ergab die gl. submax. ohne Schatten,



Weizenkorn im Ductus Whartonianus, 10 Jahre lang ohne Incrustation.

dafür aber im Mundboden einen länglichen Schatten, den ich natürlich für einen Stein hielt. Nach Incision ging ich sofort mit einem kleinen Löffel in die Abscesshöhle, konnte aber nichts Hartes oder Rauhes fühlen. Folglich musste es etwas Weiches sein und richtig kam, nachdem der Löffel soweit wie möglich vorgeschoben war, durch vorsichtiges Anziehen ein weisser Körper in der Wunde zum Vorschein, der sich als ein beinahe zum Platzen angeschwollenes Weizenkorn entpuppte. Patient hatte über 10 Jahre zurück die Gewohnheit, Getreide zu kauen.

Folgender Fall diene als Beleg für die grosse Toleranz des Canals dem Stein gegenüber: Pat. leidet an einem Abscess des duct.

Wharton, sie verlangt Erleichterung und ist zu ängstlich, ein Röntgenbild machen zu lassen. Nach Eröffnung des Abscesses befand sie sich vollständig wohl, und ich entfernte, nachdem ich sie endlich zur Aufnahme eines Bildes überredet hatte, welches prachtvoll den Stein zeigte, denselben nach einem Einschnitt mit dem Löffel.

Stein im Ductus Whartonianus.

Ist die Diagnose auf Speichelstein gemacht, so muss der chirurgische Eingriff dem Einzelfall angepasst werden. Wenn möglich soll in der Regel vom Mund aus operirt werden. Die Sondirung des Ganges ist unnöthig, man schneidet besser direct auf den Fremdkörper ein und benützt zur Extraction ein löffelartiges Instrument. Eine Speichelfistel im Munde schadet nichts. Bei Drüsensteinen mag eine partielle oder totale Exstirpation bei Nichterfolg der Massage nöthig sein.

Ein Beitrag zur Behandlung des Asthmas.

Von Dr. Carl F. Kremer.

Die Behandlung des „Asthma bronchiale" ist und war von jeher fast ausschliesslich eine symptomatische, da der Indicatio causalis nur in den seltensten Fällen zu entsprechen ist. Das ist leicht verständlich, wenn man bedenkt, dass die Entstehungsweise des Asthmas noch heute so gut wie unbekannt ist. Wir kennen

die klinischen Erscheinungen ganz genau und eine Verwechslung mit anderen krankhaften Zuständen der Luftwege resp. der Bronchien ist kaum möglich. Aber wie kommt der sonst scheinbar gesunde Mensch zu Asthma, wo ist die Ursache zu suchen? Dass in einzelnen Fällen ein ursächlicher Zusammenhang besteht zwischen Anomalien oder krankhaften Veränderungen anderer Organe, die man für die Entstehung der Anfälle verantwortlich machen kann, lehrt die Erfahrung. So wissen wir, dass Leute, die Nasenpolypen mit sich herumtragen oder deren Nasenmuschel (gewöhnlich die untere) hypertrophirt ist, Asthmaanfällen häufig unterworfen sind und dass, nach Entfernung der Polypen oder Abtragung der hypertrophischen Muschel, die Anfälle aufhören. Man macht den Uterus, den Magen und verschiedene andere Organe resp. deren abnorme oder krankhafte Zustände für die Entstehung der Asthmaanfälle verantwortlich, ohne jedoch zu wissen, wo der causale Zusammenhang ist. Zuletzt muss eine individuelle Disposition, eine Neurose herhalten, was allerdings zur Klärung der Sache wenig beiträgt.

So ist es verständlich, dass wir in den meisten Fällen auf eine symptomatische Behandlung angewiesen sind und nur in den wenigen, wo greifbare Organerkrankungen gefunden und beseitigt werden können, in zielbewusster Weise vorgehen können. Wie hartnäckig ein schwerer Asthmaanfall unseren bisherigen therapeutischen Maassnahmen getrotzt hat, hat wohl jeder Arzt erfahren. Er hat gewiss oft genug vergeblich versucht, mit der Legion von Arzneimitteln, die, solange es Asthma giebt, empfohlen und hier und da auch mal mit Erfolg angewandt worden sind, auch nur mit einiger Sicherheit ein günstiges Resultat in der Bekämpfung des Uebels zu erzielen. Es mag sein, dass dieser therapeutische Misserfolg zum Theil auf die Ungeduld des Patienten zurückzuführen ist. Der meist nervöse Asthmatiker sucht, enttäuscht durch die Wirkungslosigkeit der angewandten Mittel, auf jede mögliche Weise von seinen Leiden befreit zu werden. Er wechselt den Arzt von Tag zu Tag, wendet sich an alle möglichen Nasen-, Nerven-, Magenspecialisten und Gynäcologen, um schliesslich in die Hände der Charlatane zu gelangen, gar nicht zu reden von den vielen Haus- und Geheimmitteln, zu denen er in der Verzweiflung seine Zuflucht nimmt.

Es muss daher mit Freuden begrüsst werden, wenn ein Arz-

neimittel gefunden ist, mit dem wir mit Sicherheit, soweit meine Erfahrung reicht, den Asthmaanfall coupiren, vielleicht das Asthma heilen können. Das ist das Atropin.

Atropin wurde schon früher gegen Asthma empfohlen. Baldriansaures Atropin hat Michéa schon im Jahre 1853 angewandt (Gaz. des Hôp. 115, 1853). Courty berichtet (Gaz. des Hôp. 133, 1859), dass er durch localisirte Narcotisation des nervus vagus mittelst Atropininjectionen Asthma geheilt habe. Auch Trousseau und Lebert haben es in Verbindung mit anderen Mitteln verwerthet. Es scheint jedoch gänzlich in Vergessenheit gerathen zu sein. In keinem der mir zu Gebote stehenden Lehrbücher der Pathologie und Therapie findet sich dasselbe auch nur angedeutet. In Ziemssen's Sammelwerk wird es als von Courty und Hirtz empfohlen, erwähnt. In neuerer Zeit hat Professor Riegel in Giessen seine Erfahrungen mit dem Atropin als Mittel gegen Asthma in der Deutschen Med. Wochenschrift, 1899, No. 41, mitgetheilt und sich günstig über dasselbe ausgesprochen. Ausserdem haben es von Norden und Dr. Alex. Simon (Wiesbaden), soviel ich weiss, mit gutem Erfolg angewandt.

Die bisherige Behandlungsmethode des Asthmas will ich nur kurz streifen. Ein jeder Arzt mit einiger Erfahrung kennt sich da aus. Er hat mit diesem oder jenem Mittel hier Erfolg gehabt, wo es das nächste Mal im Stich liess, selbst bei demselben Kranken, selbst in der gleichen Krankheitsperiode. Ich habe gefunden, dass die am meisten gepriesenen Mittel recht oft sich als vollständig unwirksam erwiesen. So die Jodpräparate in irgend einer Form (auch das Jodipin subcutan), welche doch von jeher als Panaceen gegolten haben. Im besten Rufe halten sich noch die Palliativmittel, die im Stande sind wenigstens momentan Erleichterung zu verschaffen. Dazu gehören Inhalationen mit Aether, Chloroform, Amylnitrit und wozu der Patient immer wieder greift, weil es leicht zu handhaben und in gewissem Grade Linderung schafft, das oder die Räucherpulver, von denen eine ganze Anzahl im Markte sind, denen allen aber als die wirksamen Bestandtheile hauptsächlich Stramonium und Salpeter gemeinschaftlich sind. Chloralhydrat thut gute Dienste, doch wird es nicht von Allen gleich gut vertragen. Die Brompräparate sind bei nervösen Kranken angezeigt. Sie haben keinen direkten Ein-

fluss auf den Anfall und wirken erst nach lang fortgesetztem Gebrauch. Von prompter Wirkung ist das Nitrolglycerin in wiederholten kleinen Dosen (1-100 Gran), insofern als die Dyspnoe während des Anfalls in vortheilhafter Weise beeinflusst wird. Das Jod hat wohl seinen Ruf dem Umstande zu verdanken, dass es verflüssigend einwirkt auf das zähe Secret der Bronchien, wie es stets während der asthmatischen Anfälle vorkommt. In verzweifelten Fällen ist man gezwungen, mit nicht zu kleinen Dosen Morphin subcutan (¼—½ Gran) Hilfe zu schaffen, doch darf man nicht aus dem Auge lassen, dass nach lange fortgesetztem Gebrauch der Patient leicht dem Morphinismus verfallen kann.

Von der grössten Wichtigkeit ist die Hygiene, worunter nicht nur die Diätvorschriften, sondern auch sämmtliche den Patienten umgebende Verhältnisse zu verstehen sind. Die Speisen sollen kräftig aber leicht verdaulich sein. Zu reiche Fleischkost ist zu untersagen, besonders in Fällen, wo es sich um gichtische Diathese handelt. Abends ist nur eine Schleimsuppe gestattet. Zu warnen ist vor dem Genuss geistiger Getränke und des Kaffees. Reichliche Mengen destillirten Wassers sind zu empfehlen. Das Krankenzimmer ist gut zu ventiliren und dem Kranken möglichst staubfreie Luft zuzuführen. Einathmungen von Sauerstoff, besonders während der Anfälle, sind von wohlthätigster Wirkung. Aufregungen und Gemüthsaffecte sind strengstens zu vermeiden. Für regelmässige Leibesöffnungen ist Sorge zu tragen.

Mit diesen und vielen anderen nicht aufzuzählenden Mitteln habe ich stets das Asthma zu bekämpfen versucht und ich muss gestehen, mit recht zweifelhaftem Erfolge, bis ich, auf das Atropin aufmerksam gemacht, in einem äusserst verzweifelten Falle, der nach fast dreijährigem Bestehen mit nur geringen freien Intermissionen sich für den Patienten immer trauriger gestaltete, zu diesem Mittel meine Zuflucht nahm, und ich freue mich, gleich hier constatiren zu können, mit dem glücklichen Erfolge, weshalb ich dasselbe zu weiteren Versuchen dringend empfehlen möchte.

Ueber die Anwendungsweise kann ich mich kurz fassen. Bei fünf Patienten (drei Männer und zwei Frauen) mit zusammen über hundert Asthmaanfällen, habe ich bis jetzt das Atropin angewandt und zwar immer subcutan. Die oben citirte Dame, die die hartnäckigste Form von Asthma darbot, wurde im März d. J.

zuerst der Behandlung unterzogen, in derselben Weise später die vier anderen Patienten. In allen Fällen wurde mit 1-120 Gran (0.0005) Atropin angefangen und zwar möglichst früh zu Beginn des Anfalls, im späteren Verlaufe auch zur Verhütung desselben. Dem speziellen Falle anpassend muss die Injection zweimal, selten dreimal, in 24 Stunden repetirt werden, je nachdem die Asthmaanfälle auftreten, wobei man die Dosis eventuell kleiner nehmen kann. Da sich der Patient sehr bald an das Mittel gewöhnt und man es oft längere Zeit anwenden muss, so ist man genöthigt, die Dosis allmälig zu steigern bis zu 1-60 Gran (0.001) um nach und nach zu kleineren Gaben zurückzugehen. Es gelang mir in Fällen von reinem Bronchialasthma, d. h. wo keine anderweitige Organerkrankung nachzuweisen war, die Anfälle in wenigen Minuten zu coupiren. Aber selbst bei einem alten Herrn mit sclerosirten Arterien, den ich nur kurze Zeit im Hospital beobachten konnte, war der Erfolg ein guter.

Die Wirkung hält meist stundenlang an. Oft erfolgt ein kurzer, fester Schlaf oder, ich möchte lieber sagen, ein schlafartiger Zustand, aus dem der Patient schwer aufzuwecken ist, der aber durchaus wohlthätig wirkt. In einem Falle sah ich die Patientin wie in Schweiss gebadet. Diese Erscheinungen treten jedoch nach meiner Erfahrung nur im Anfange der Atropinbehandlung auf, auch nicht bei jedem Individuum, wenigstens nicht in gleicher Intensität. In der ersten Zeit der Behandlung fand ich es oftmals von Vortheil, mit dem Atropin gleichzeitig 1/8, 1/6 bis 1/4 Morphin Abends zu injiciren, um den Schlaf nachhaltiger zu machen. Bei dieser Art der Anwendung des Atropin habe ich bis jetzt keinerlei bedrohliche Zwischenfälle oder irgend welche nachtheiligen Folgen beobachtet, die unangenehmen bestehen in Trockenheit im Halse, spontanen Muskelzuckungen und in einem Falle, was mir äusserst auffallend erschien, in einem heftigen Schweissausbruch. Mydriasis trat selbst bei grösseren Dosen nicht in Erscheinung.

Diese Nebenwirkungen verlieren mit der Zeit an Intensität, auch bei Steigerung des Mittels.

Was nun den Werth des Atropins zur Bekämpfung des Asthmas anbetrifft, ob damit ein Dauererfolg zu erzielen ist, d. h. ob man es als Radicalmittel betrachten kann, darüber zu urtheilen ist bei der geringen Zahl der Fälle und der kurzen Zeit der

Beobachtung nicht möglich. Um der Frage etwas näher zu treten, dürfte es angebracht sein, den schon citirten, gut beobachteten Fall in kurzen Umrissen zu skizziren.

Die etwas corpulente Dame, in den vierziger Jahren, litt längere Zeit an Kurzathmigkeit, ohne dass durch die physicalische Untersuchung etwas pathologisches nachgewiesen war. Nach einem längeren Aufenthalt in Europa und einer Marienbader-Kur, während des Sommers 1900, die ihr gut angeschlagen zu sein schien, trat kurz nach der Rückkehr in New York im November der erste Asthmaanfall mit grosser Heftigkeit auf und wurde nach längerer Dauer durch Chloroforminhalationen zum Schwinden gebracht. Derselbe wurde auf eine Erkältung zurückgeführt, da gleichzeitig ein heftiger Bronchialcatarrh bestand. Die Anfälle wurden nun häufiger, hielten Stunden lang an und zwangen sehr bald die Patientin Tag und Nacht fast während des ganzen Winters im Stuhle zuzubringen. Von einigen den Verlauf complicirenden Einzelnheiten will ich absehen, da sie für unser Thema nicht in Betracht kommen. Im Sommer während des Aufenthaltes auf dem Lande traten die Anfälle nicht so heftig und nicht so oft auf, aber eine hochgradige Dyspnoe und ein nicht zu überwindender Schwächezustand machten es auch hier der Kranken unmöglich, auch nur kurze Spaziergänge zu unternehmen. Die nächsten zwei Winter dasselbe traurige Bild wie im ersten, immer häufiger, immer heftiger auftretende Asthmaanfälle. Am 14. März d. J. begann ich dann mit den Atropininjectionen in der oben angegebenen Weise. Anfangs war ich gezwungen wegen der häufigen Wiederkehr der Anfälle meistens zwei, selten drei, Injectionen (0.0005) in 24 Stunden zu machen. Nach etwa zwei Wochen war ich allmälig steigernd zu einer Dosis von 0.001 gekommen, nie höher (es sollen von anderer Seite viel grössere Dosen (0.005) angewandt worden sein). Ende Mai traten dann keine Asthmaanfälle mehr auf, doch blieb eine mehr weniger heftige Dyspnoe zurück, weshalb ich noch bis Anfang September die Injectionen (0.0005—0.00025) jeden Abend mit einigen seltenen Unterbrechungen fortgesetzt habe.

Asthma ist bis heute (December 1903) nicht wieder aufgetreten. Die Dyspnoe ist vollständig geschwunden und ist die Dame allem Anscheine nach als geheilt zu betrachten. Dieselbe

hat während der Cur mehrere hundert Atropininjectionen erhalten.

Betrachtet man den Vortheil der Atropinbehandlung von einem anderen Gesichtspunkte, so ist es einleuchtend, dass dieselbe den weiteren Verlauf der Krankheit aufs Günstigste zu beeinflussen im Stande ist. Der oft Stunden lang anhaltende qualvolle Asthmaanfall wird auf Minuten reducirt, die erschöpfenden Hustenanfälle bleiben aus, der Bronchialcatarrh wird günstig beeinflusst, das Emphysem bildet sich, percutorisch nachweisbar, rasch zurück oder bleibt bei frühzeitiger Anwendung des Mittels ganz aus. Der traurige Gemüthszustand des Kranken macht einer freudigen, hoffnungsvolleren Stimmung Platz, alles Umstände, die für den nervösen Asthmatiker von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind.

Nach meinem Dafürhalten haben wir in dem Atropin ein äusserst wirksames Mittel zur Bekämpfung des Asthmaanfalles, welches mit nöthiger Vorsicht längere Zeit ohne Gefahr erfolgreich angewandt werden kann.

Der Nutzen der Formalin-Lampe „Hygiea", insbesondere bei Keuchhusten.*)

Von Dr. med. Sembritzki (Königsberg i. Pr.)

Das Formalin (Formaldehydum solutum) ist ein erwiesenermaassen ausserordentlich kräftig wirkendes Desinfectionsmittel, welches nicht nur selbst keinen unangenehmen Geruch verbreitet, wie leider die meisten solcher Mittel, sondern sogar die glückliche Eigenschaft besitzt, jeden schlechten Geruch binnen ganz kurzer Zeit zu beseitigen. Wie werthvoll das Formalin ist, und welche Rolle es in der Zukunft zu spielen berufen ist, das beweisen schon die verschiedenen chemischen Verbindungen desselben, deren jede einzeln sich bewährt hat; ich erwähne nur das Lysoform, eine Verseifung des Formaldehyds, ferner das Tannoform, eine Formaldehyd-Verbindung des Tannins, und das Urotropin oder Hexamethylentetramin, ein Formaldehyd-Ammoniak.

*) Aus „Therap. Monatshefte", Nov. 1903.

Besonders stark pilztödtend wirkt das Formaldehyd bei seiner Vergasung, weshalb es in dieser Form auch von Seiten vieler städtischer Behörden als officielles Desinfectionsmittel bei verseuchten Wohnungen benutzt wird. Zu dieser Vergasung werden bekanntlich grosse Lampen, sogenannte Aesculaplampen verwendet. Nun hat aber die Fabrik (Chemische Fabrik auf Actien vormals E. Schering, Berlin N. Müllerstr. 170-171) auch eine kleine Formalin-Lampe, genannt „Hygiea", hergestellt, welche in jeder Apotheke für 3 M. zu haben ist, nebst einer Büchse mit 100 Formalinpastillen für 2 M. Der Werth dieser Hygiea-Lampe ist ein so vielfältiger, dass diese Lampe einen wahren Hausschatz für den Arzt bildet und auch in keinem privaten Haushalt fehlen sollte. Die Frage, wie schützt sich der Arzt davor, dass ihm nicht Krankheiten ins Haus gebracht werden, hat durch die Hygiea-Lampe eine glänzende Lösung gefunden. Sind dem Arzt, was sich niemals vermeiden lässt, Masern-, Scharlach-, Diphtheriekranke in das Sprechzimmer gebracht, so braucht er nur vermittelst der Hygiea-Lampe ein paar Formalinpastillen vergasen zu lassen, und die Gefahr ist beseitigt. Während nämlich zu einer gründlichen Desinfection der Krankenzimmer genannter Infectionskrankheiten, in denen die Giftstoffe bereits festen Fuss gefasst, die Bazillen sich weiter entwickelt haben, die kleine Lampe nicht genügen würde, ist sie zur Desinfection des Warte- und Sprechzimmers vollkommen ausreichend, da die Formalindämpfe die Eigenschaft besitzen, die Krankheitskeime in ihrer Entwicklung zu hemmen. Unschätzbar ist gleichzeitig die desodorirende Wirkung des Formalingases. Es ist erstaunlich, wie schnell dasselbe den üblen Geruch in den Wartezimmern, der trotz Lüftung zurückzubleiben pflegt, beseitigt. Diese Thatsachen machen die Hygiea-Lampe gerade für Krankenzimmer und für Schlaf- und Kinderzimmer unentbehrlich! Wie man Wasser rein und keimfrei zu machen bemüht ist, so wird die Luft durch die Formalindämpfe absolut rein und gesund, so dass es als Wohlthat empfunden wird, dieselbe zu athmen. Das Angenehme dabei ist, dass die Lampe absolut ungefährlich ist; man steckt die Lampe an und kann sie, nachdem man die Flamme ganz klein gestellt hat, ruhig sich selbst überlassen. Ganz ohne Besorgniss kann man sie auch in einen Kleiderschrank stellen, um die dort aufgehängten Kleider zu desinficiren, denn die kleine Flamme, die von allen Seiten ge-

schützt ist, kann nichts entzünden, eine Explosion ist absolut ausgeschlossen.

Die Einwirkung der Formalindämpfe auf die Schleimhäute, welche bei einer Generaldesinfection vermittelst der grossen Lampe unangenehm empfunden wird, macht sich bei dem Vergasen durch die kleine Hygiea-Lampe sehr wenig bemerkbar, vorausgesetzt, dass man die Dämpfe sich langsam und allmählich entwickeln lässt, also nur mit kleiner Flamme und zu wenigen Pastillen. Man kann z. B. während der Nacht im Schlafzimmer eine Pastille vergasen lassen, ohne dass der Schlafende irgend etwas Belästigendes empfindet.

So hat sich die Hygiea-Lampe als sehr schätzenwerthes Hülfsmittel bei den verschiedensten Krankheiten erwiesen und zwar nicht nur bei den Infectionskrankheiten, sondern besonders auch bei den Erkrankungen der Athmungsorgane, wo es darauf ankommt, den Kranken eine reine, gesunde Luft zu schaffen, also bei Schnupfen, Bronchialcatarrhen, Influenza und Lungentuberculose.

Geradezu glänzend bewährt hat sich mir die Hygiea-Lampe beim Keuchhusten. Das Gift des Keuchhustens ist, trotzdem die Erreger schon vielfach entdeckt sein sollten, bisher unbekannt; es befindet sich ohne Zweifel im Sputum und in der Respirationsluft. Von jeher ist man therapeutisch bemüht gewesen, durch Lüftung, Carbolverdunstung, Zimmerwechsel eine gesunde Luft zu schaffen und dadurch die Heilung günstig zu beeinflussen. Da nun durch die Formalin-Vergasung eine gesunde, nicht nur reine, sondern sogar keimtödtende Luft geschaffen wird, so erschien mir die Verwendung der Formalinlampe beim Keuchhusten als ausserordentlich geeignet, und der Erfolg übertraf meine Erwartungen. Ich lasse jetzt bei jedem Falle von Keuchhusten die Formalinlampe verwenden und kann stets günstige Resultate verzeichnen; in vielen Fällen wirken die Formalindämpfe geradezu coupirend, in anderen verläuft die Krankheit milder, in kürzerer Zeit und ohne die Kinder anzugreifen.

Dieselbe Idee haben übrigens, wie ja natürlich, auch andere Aerzte gehabt, und auch diese haben über dieselbe günstigen Erfolge berichtet; ich erwähne nur die Arbeiten von Dr. Jezdik-Prag (Zeitung der böhmischen Aerzte vom 14. Sept. 1901) und Dr. Lamallerée-Varennes (Revue Mensuelle des maladies de

l'Enfance, Februar 1902). Man kann die Formalinlampe Hygiea allen Collegen, welche noch keine Erfahrung darüber haben, nur dringend zum Versuch empfehlen. Der wohl nur theoretisch gemachte Vorwurf, die Formalindämpfe reizten noch mehr zum Husten, wird durch die Erfahrung widerlegt. Man muss natürlich die Vergasung controlliren und dieselbe unterbrechen, sobald sie sich als lästig bemerkbar macht. Da sich ein Uebermaass von Formalingas zuerst durch Reizung von Augen und Nase äussert, so ist man leicht im Stande, ein Zuviel zu vermeiden.

Ich lasse die Hygiea-Lampe derart verwenden, dass ich sie, dauernd mit 2 bis 3 Pastillen gefüllt, bei ganz klein gestellter Flamme brennen lasse. Meistens befindet sie sich in dem Zimmer, das den Kranken zum Aufenthalt dient; falls sich die Dämpfe sehr bemerkbar machen, wird sie ins Nebenzimmer gestellt. Die Zimmer werden öfter am Tage gewechselt, die nicht benutzten inzwischen gelüftet. Nachts lasse ich 1 Pastille im Schlafzimmer langsam vergasen. Auf diese Weise erzielte ich so günstige Erfolge, dass ich es für geboten halte, wiederholt auf die nutzbringenden Eigenschaften der Formalinlampe „Hygiea" aufmerksam zu machen.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Baumbach: *Zur Casuistik des Scheidenrisses während der Austreibungsperiode.*

Verf. hatte Gelegenheit, bei einer Frau bei drei aufeinanderfolgenden Entbindungen den Fall zu erleben, dass in der Austreibungsperiode die Scheide zerriss, das Kind in die Peritonealhöhle eintrat und von dort durch den Scheidenriss extrahirt werden musste. Das erste Mal trat dies bei der siebenten Entbindung ein, und zwar handelte es sich um eine Zwillingsgeburt, das erste Kind war schon geboren; das zweite Kind wurde in intacter Fruchtblase aus dem Uterus durch die eingerissene Scheide in die Peritonealhöhle geboren und musste von dort extrahirt werden. Die Darmschlingen waren in die Scheide vorgefallen. Genau dasselbe ereignete sich bei den beiden nachfolgenden Entbindungen, wo es sich nur um einfache Schwangerschaften handelte. Die Nachbehandlung bestand in täglich erneutem Einlegen von steriler Gaze in den Scheidenriss. Es trat jedesmal schnelle Hei-

lung ein. Nur bei der zweiten derartigen Entbindung bestand einige Tage höheres Fieber (39—40°). Ob jedesmal eine andere oder ob stets die erste Stelle der Scheide eingerissen ist, kann Verfasser nicht genau angeben, er nimmt jdoch das letztere an. Die Frau hatte eine starke Kyphoscoliose und eine Ankylose im rechten Hüftgelenk. Die Disposition zum ersten Einriss war gegeben durch die Erschlaffung der Weichtheile nach den häufigen Entbindungen der schwächlichen und nicht mehr jungen Frau, durch die starke Ausdehnung der Weichtheile infolge der Zwillingsschwangerschaft, den starken Hängebauch, die dadurch veränderte Achsenrichtung des Kindes und das vorstehende Promontorium der kyphoscoliotischen Wirbelsäule. (Deutsche med. Wochenschrift, 1903, No. 2.)

Rosenberg: *Nebennierenextract in der Rhino-Laryngologie.*

Zu Beginn seiner Versuche stand dem Verfasser das Suprarenin der Höchster Farbwerke zur Verfügung, später bereitete er sich selbst ein Extract aus frischer Ochsennebenniere, das in Bezug auf seine Wirksamkeit die übrigen Präparate übertrifft. Ein ähnliches Präparat stellt die Firma Dr. Freund und Dr. Redlich in Berlin dar. Das von Dr. Takamine isolirte, angeblich wirksame Princip der Nebenniere, das Adrenalin, wird von der Firma Parke, Davis & Co., Detroit, sowohl in Pulverform als gelbes crystallinisches Pulver dargestellt und verkauft, als auch in Lösung, die in einer Concentration 1:1000 bis 1:5000 verwendet wird. Am meisten bevorzugt ist das Adrenalinchlorid oder das Tartrat von Adrenalin, das in Tablettenform erhältlich ist. Was die Nase anbetrifft, so verwendet man am besten ein mit dem Mittel getränktes Wattebäuschchen. Die Wirkung ist in der That eine sehr auffällige. War die Schleimhaut geschwollen und geröthet, so wird sie in etwa ¼—1 Minute vollkommen anämisch. Die anämisirende Wirkung ist eine viel energischere und tiefere als nach Anwendung von Cocain. Für operative Zwecke verwendet man am besten Cocain und Nebennierenextract neben- resp. nacheinander, denn auf diese Weise bekommt man eine hochgradige Anämie und eine hochgradige Anästhesie. In den angewandten Dosen ist das Mittel nicht gefährlich, auch tritt keine Gewöhnung ein, immer wieder wird die prompte Wirkung erzielt. Nach Anwendung des Nebennierenextractes kann man eine tiefe Incision in die Schleimhaut machen, ohne dass ein Tropfen Blut aus derselben herausfliesst. Dadurch werden die der Inspection bisher weniger zugänglichen Partien der Nase dem ärztlichen Blick weit mehr geöffnet. Verf. giebt einige Beispiele aus der Rhinologie.

Was nun die therapeutische Seite des Mittels betrifft, so erwähnt Verf., dass die Abschwellung ½, ¾ bis eine Stunde anhält, wenn auch zuletzt nicht mehr im vollen Maasse. Durch diese

Abschwellung der Schleimhaut wird eventuell der Abfluss des Eiters aus den empyematös erkrankten Nebenhöhlen der Nase erleichtert resp. erreicht, vorübergehend kann auch bei einer Coryza vasomotoria eine günstige Wirkung erzielt werden. Betreffend das Heufieber spricht sich Verf. sehr reservirt aus.

Unter Cocainanästhesie und gleichzeitiger Anwendung von Adrenalin kann eine mittlere Muschel amputirt werden, ohne dass ein Tropfen Blut fliesst; ebenso bei Operationen am vorderen Theil des Septums u. s. w. Erheblichere Nachblutungen als nach Anwendung von Cocain hat Verf. nicht gesehen. Vorsichtshalber cauterisirt Verf. die Schnittfläche mit Arg. nitr. und führt eine sorgfältige Tamponade aus.

Bei Epistaxis hat sich das Mittel zur sofortigen Blutstillung ebenfalls bewährt.

Bei acuten, entzündlichen Zuständen des Larynx ist die Wirkung frappant, bei anderen Zuständen möchte es Verf. nicht angewandt wissen.

Zum Schluss berichtet Verf. über die innerliche Darreichung; er giebt nicht mehr als vier bis fünf der erwähnten Tabletten pro die. Die Wirkung ist natürlich eine weit geringere und unsicherere als bei der localen Anwendung. (Berliner klinische Wochenschrift, 1902, No. 26, ref. Deutsche Praxis, 1903, No. 2.)

Julius Heller: *Das Verhalten der Nägel bei Krankheiten des Gesammtorganismus.*

Während des Fiebers scheint die Production von Nagelsubstanz in der Nagelmatrix ganz aufzuhören oder wenigstens verlangsamt zu sein. Setzen nach Aufhören des Fiebers die normalen Vorgänge wieder ein, wird Nagelsubstanz in der gewohnten Weise erzeugt, so documentirt sich die Zeit der trophischen Störung durch eine quer über den Nagel verlaufende Linie, auf deren Vorkommen und Bedeutung zuerst Beau aufmerksam gemacht hat. Diese Linie wird zuerst am hinteren Nagelwall sichtbar, mit dem wachsenden Nagel schiebt sie sich langsam vor, bis sie, am freien Nagelrande angelangt, der Schere verfällt. Da man weiss, dass der Nagel täglich um 0,1 mm wächst, so wird sich aus der Entfernung der Linie von der Nagelmatrix die Zeit bestimmen lassen, die seit ihrer Entstehung vergangen ist. Bis auf 8 bis 10 Tage trifft diese Berechnung stets zu. Diese Querfurchen finden sich nach allen möglichen fieberhaften Krankheiten, insbesondere nach Typhus, gastrischem Fieber, Pneumonien, Erysipel, Scharlach, Masern, acutem Muskelrheumatismus, Influenza. Verläuft die Krankheit anfallsweise, d. h. mit mehreren durch fieberfreie Intervalle von einander getrennten Fieberperioden, so entstehen mehrere Systeme von Linien auf den Nägeln. So hat H. drei Liniensysteme bei einem Herrn beobachtet, der dreimal hintereinander schwere Anfälle fieberhafter Nebenhodenentzündung durch-

gemacht hatte. Diese Beau'schen Linien kommen auch bei äusseren Verletzungen, in Perioden geistiger Ueberanstrengung vor.

Beim Scorbut finden wir subunguale Blutungen, wenn die Gefässe des Nagelbettes gleichfalls an der allgemeinen Gefässerkrankung theilnehmen. Eine krampfartige Contraction der Gefässe bedingt bei den Malariaschüttelfrösten eine blassgraue schieferähnliche Färbung der Nägel, wobei es sich selbstverständlich nicht um eine Färbung der transparenten Nagelplatten, sondern um ein verändertes Durchscheinen des Nagelbettes handelt. Bei Chlorose und Anaemie bildet das schneeweise Aussehen der Nägel einen chronischen Zustand. Die Weichheit der Nägel bei der Chlorose ist bereits den älteren Autoren aufgefallen. Tiefblau, cyanotisch gefärbt sind die Nägel bei allen Erkrankungen, die eine dauernde Störung der Blutcirculation bedingen, insbesondere bei Herzkrankheiten. Die Cyanose der Nägel weist auf eine Stauung hin, die weiterhin eine ödematöse Schwellung der Nagelmatrix bewirkt. Durch die daraus sich ergebende Hebung der Nagelmatrix wird die Wachsthumsrichtung der Nagelplatte verändert und letztere erhält die Neigung, volarwärts gekrümmt zu wachsen. Diese eigenartige Nagelbildung war schon Hippocrates aufgefallen und viele Jahrhunderte lang spielte der „Doigt hippocratique" eine wichtige Rolle im Symptomenbilde der Lungenschwindsucht. Die „Trommelschlägelfinger" sind ja allbekannt, die besonders bei Pulmonalstenose anzutreffen sind.

Die auf Circulationsstörungen zurückzuführenden Nagelveränderungen sind naturgemäss stets doppelseitige, bei Erkrankungen grosser Gefässe sind die Nagelaffectionen selbstverständlich nur auf der erkrankten Seite zu finden. Bei den Stoffwechselerkrankungen bewirkt die qualitative Veränderung des Blutes die Nagelveränderungen. Beim Diabetes wird nicht allzu selten Abfall der Nägel beobachtet. Auch bei Gicht und Rheumatismus muss man einen Einfluss des veränderten Blutes auf die Nagelmatrix annehmen. Die Nägel werden höckrig und brüchig; sie lösen sich aus ihren Falzen aus bei gleichzeitiger Production von subungualem Horngewebe. In seltenen Fällen scheint aber auch eine Ablagerung harnsaurer Salze unter den Nägeln stattzufinden.

Betreffs der Pigmentirung des Nagelbettes ist u. a. bemerkenswerth, dass bei dem Morbus Addisonii selbst bei allgemeiner, sehr stark ausgeprägter Bronzefärbung die Nägel auffallend weiss sind, während im Gegensatze hierzu die an allgemeiner Argyrie leidenden Kranken graubraune Färbung des Nagelbettes zeigen.

Ausserordentlich mannigfach sind die Beziehungen der Nägel zu den Erkrankungen des Nervensystems. Von den Rückenmarkserkrankungen führt besonders häufig die Tabes dorsalis zu

Nagelaffectionen. Seltener sind solche bei anderen Rückenmarkserkrankungen, insbesondere bei Poliomyelitis anterior, multipler Sclerose, sehr häufig dagegen bei Syringomyelie. Schwierig ist die Beurtheilung der Nagelaffectionen bei den Psychosen. Es ist verständlich, dass Nageldeformitäten bei der progressiven Paralyse besonders häufig sind, da diese Krankheit ganz besonders trophische Störungen der Haut überhaupt bedingt. Ferner liegen zweifellose Beobachtungen vor, dass geistige Erregung und Ueberarbeitung den Ausbruch von Nagelkrankheiten bedingen können. H. sind Fälle bekannt, in denen nach jeder starken psychischen Erregung der Neuausbruch eines Nagelleidens festgestellt wurde. (Wiener klin. Rundschau, 1903, No. 28.)

Jordan (Heidelberg): *Die Massagebehandlung frischer Knochenbrüche.*

Die Beobachtung, dass Knochenbrüche auch ohne jede Fixirung heilen, dass eine gewisse Verschiebung an der Bruchstelle keinen Schaden bringt, hat Lucas-Championnière dazu geführt, die Immobilisirung aufzugeben oder auf ein Minimum zu beschränken und die functionelle Aufgabe vorwiegend zu berücksichtigen. Sein Verfahren besteht in der Anwendung der Massage vom Moment der Verletzung ab und in der frühzeitigen Bewegung der der Bruchstelle benachbarten Gelenke und Sehnen. Er behauptet, dass schon nach wenigen Tagen die Verlöthung der Bruchenden ausreichend sei, um eine Verschiebung auch nach Weglassung des Verbandes zu verhüten. Seine schon über 25 Jahre sich erstreckenden Beobachtungen haben ihm bewiesen, dass die Massagebehandlung eine raschere und sichere Heilung der Fracturen gewährleistet und die Endresultate weit günstiger gestaltet, als die mit den Fixationsmethoden erreichten. J. hat sich seit 8 Jahren dieses Verfahrens bedient und zwar speciell bei Brüchen der oberen Extremität, wobei er jedoch von dem Championnière'schen Verfahren nur die Massage und die frühzeitigen Bewegungen adoptirte, während er sich nach einigen Versuchen zu dem Verzicht auf die Immobilisirung, auch bei Brüchen ohne Dislocation, nicht entschliessen konnte. J. beschreibt die Technik des Verfahrens eingehend und leitet folgende Indicationen aus seinen damit gewonnenen Erfahrungen ab: Für die Behandlung mit Massage und Mobilisirung sind alle Fracturen der oberen Extremität geeignet, und zwar empfiehlt sich die regelmässige Anwendung der Massage mit jedesmaliger Fixirung bei den Gelenkfracturen und bei den Schaftfracturen ohne wesentliche Dislocation. Bei den Schaftfracturen mit starker Dislocation und grosser Neigung zur Wiederkehr derselben ist die Combination mit dauernder Fixirung bis zu ausreichender Verlöthung zweckmässig. Bei den Verletzungen der unteren Extremitäten

ist die Massagebehandlung auf die Gelenkfracturen zu beschränken und in Combination mit Gehverbänden anzuwenden, bei den Schaftfracturen kann sie nur als vorbereitendes Verfahren empfohlen werden. J. glaubt das Verfahren dringend empfehlen zu können. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 27.)

Aronheim: *Sind die Koplik'schen Flecken ein sicheres Frühsymptom der Masern?*

Gelegentlich einer schweren und ausgedehnten Masernepidemie richtete A. seine Aufmerksamkeit auf das Auftreten der Koplik'schen Flecken. Die Gelegenheit, Kinder schon im Incubations- oder Prodromalstadium zu untersuchen, war bei dieser Epidemie deshalb günstig, weil wegen des malignen Verlaufes der Masern die Eltern geängstigt schon frühzeitig ärztliche Hülfe in Anspruch nahmen. Bei 150 Kindern, die A. auf die Koplik'schen Flecken untersuchte, fand er dieselben jedoch nur in 9 Fällen, und zwar 5 mal gegenüber den unteren und 4 mal gegenüber den oberen Mahlzähnen. Die betr. Kinder, welche die Koplik'schen Flecken aufwiesen, standen im Alter von 2—6 Jahren. In 2 Familien fand A. die Flecken bei je 2 Geschwistern. In allen übrigen Fällen war A. nicht in der Lage, die Koplik'schen Flecken nachzuweisen und so frühzeitig die Diagnose auf beginnende Masern zu stellen. Dagegen fand man bei der Inspection der Mundhöhle bei einer grossen Anzahl Kinder schon im Prodromalstadium eine fleckige Röthe in der Gegend des weichen und harten Gaumens und der den Backzähnen benachbarten Schleimhaut. Eine auffallende Erscheinung konnte A. bei der Mehrzahl der später erkrankten Kinder constatiren, nämlich eine hochgradige Hyperämie der Haut schon im Incubations- und Prodromalstadium. Strich A. mit dem Nagelgliede eines Fingers in diesem Stadium über die Rücken-, Brust- oder Bauchhaut, so rötheten sich diese Striche sofort derart intensiv, dass ein ausgeprägter Grad von Dermographie bestand. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 28.)

Flatau (Nürnberg): *Ueber die Anwendung der Morphium-Scopolaminnarkose in der Gynäkologie.*

F. berichtet über einen Todesfall, welcher der von Schneiderlin empfohlenen und von Korff und Blos weiter ausgebildeten Scopolamin-Morphiumnarcose zugeschrieben werden muss. Dieser Fall sowie drei andere Todesfälle nach der Narcose mit Morphium und Scopolamin geben F. Veranlassung, eindringlich vor der Anwendung der genannten Methode zu warnen. Weil das Verfahren so angenehm leicht ist, weil zu seiner Erlernung und Ausübung keine genauere Technik, sondern nur der Besitz einer Pravazspritze nöthig erscheint, gerade deswegen ist

seine werbende Kraft um so grösser und um so verlockender. Für die Allgemeinheit der Aerzte, für das Gebiet der chirurgischen Eingriffe und besonders für den Betrieb der Geburtshülfe ist die Morphium-Scopolaminnarcose vorläufig ungeeignet und gefährlich. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 28.)

A. Fromme: *Brucin, ein neues Gegenmittel beim Morphinismus.*

F. fand die Angaben Brill's in Fulda, dass das Brucinum hydrochloricum einen sehr grossen Theil der Abstinenzsymptome bei der Behandlung des chronischen Morphinismus zum Schwinden bringt, also in hervorragendster Weise geeignet ist, die Leiden bei der Morphiumentziehungscur zum Schwinden zu bringen, in vollstem Maasse bestätigt. Das Brucin bildet kleine, weisse, vierseitige Prismen von ausserordentlich bitterem, hintennach metallischem Geschmacke und von alkalischer Reaction. Das Brucin wird auch Caniramin genannt und ist in seiner Wirkung 5—24 mal schwächer wie Strychnin. Man kann das Mittel in steigenden Dosen mit 2—3—6 cg 2—3 mal täglich beginnend bis zu 3 mal täglich 18 cg geben, also 0,06—0,54. Die hier in Betracht kommenden Haupteigenschaften des Brucins sind die, dass es die Lösungsfähigkeit des Morphins bedeutend erhöht, die schädigenden Wirkungen des Morphins sehr bald aufhebt, die vorher darniederliegende Verdauung hebt und den Appetit anregt. Ferner wird durch das Brucin die Atonie der Darmmusculatur aufgehoben, es tritt regelmässiger Stuhlgang ein und es wird der Eintritt des Schlafes erleichtert. Man benützt nun bei der Entziehungscur diese Eigenschaften des Brucins, um in eingehender und leichter Weise die gewohnte Dosis Morphin zu reduciren. Man giebt jeden Tag ein entsprechendes kleines Quantum Morphin und erhöht dabei die Brucindosis. Man kann nun auf zweierlei Weise vorgehen, einmal indem man bei den gewohnten Morphiuminjectionen bleibt, die man natürlich täglich reducirt, wobei das Brucin innerlich gegeben wird, oder man kann die zweite Form der Entziehung wählen, indem man zugleich mit der Brucinlösung das Morphin innerlich giebt. Man setzt dann der Brucinlösung immer weniger Morphin zu, um somit die Entziehung von Morphin in der denkbar mildesten und bequemsten Weise auszuführen, die überhaupt bis jetzt bekannt geworden ist. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 27.)

A. Frankenburger (Nürnberg): *Ueber therapeutische Erfolge mit Mesotan.*

F. verfügt über 43 Beobachtungen von mit einer 50 proc. Mischung von Mesotan mit Ol. olivar. behandelten Fällen. Reines Mesotan war in diesen Fällen nicht zur Anwendung gelangt. In

keinem der Fälle fand während der Mesotananwendung eine gleichzeitige andere Behandlung statt. Die Anwendung geschah so, dass an den betr. Stellen jeweils ½—1 Kaffeelöffel der Mischung etwa 10 mal leicht verrieben und während 24 Stunden 3 Einreibungen gemacht wurden. Eine andere Bedeckung als durch die Wäsche, bezw. Kleidung fand nicht statt. In den acuten Fällen kamen jeweils 30 g, in den chronischen Fällen 30—50 g, in einzelnen der letzteren 60—80 g der Mischung zum Gesammtverbrauch. Erfolglos blieb die Behandlung nur in 9 Fällen; in den übrigen Fällen wurde theils ein voller Erfolg erzielt (22 Fälle), theils wurde bedeutende Besserung bewirkt. Ueberraschend war die rasche Besserung bei acuten Muskelrheumatismen einschliesslich Lumbago. Ueberraschend war F. ferner ein Fall von acutem Gelenkrheumatismus, in welchem eine starke Schwellung des Handgelenkes schon nach der ersten Einreibung verschwand, ebenso wie die heftigen Schmerzen; eine wenige Wochen später aufgetretene Fussgelenksaffection verschwand ebenfalls rasch, so dass der Kranke, welcher wiederholt vorher vor Jahren an viele Wochen dauernden Gelenkrheumatismen von F. behandelt worden war, schon nach jeweils 8 Tagen die Arbeit wieder aufnahm. Die Behandlungsergebnisse haben F. sehr befriedigt und er nennt daher das Mesotan eine sehr begrüssenswerthe Bereicherung unseres therapeutischen Schatzes. (Münchener med. Wochenschr., 1903, No. 30.)

J. Latte: *Ueber die innerliche Darreichung des Adrenalins.*

Nach den zahlreichen und im wesentlichen übereinstimmenden Veröffentlichungen über die Wirkung des Nebennierenextractes auf die blutüberfüllte resp. blutende Schleimhaut dürfte seine Würdigung als ein bei directer Application vortreffliches Adstringens und Haemostypticum Gemeingut aller Aerzte geworden sein.

Weniger bekannt sind die Erfahrungen, die mit der innerlichen Darreichung des Mittels gemacht worden sind; eine Zusammenstellung der einschlägigen Literatur wäre daher eine dankenswerthe Aufgabe. An dieser Stelle soll zunächst nur über einige von Dr. Kirch in Krefeld beobachteten und in der „D. Med. W." No. 48 dieses Jahres beschriebenen Fälle von innerlichem resp. subcutanen Gebrauche des Nebennierenextractes referirt werden. K. bediente sich der von der Firma Parke, Davis & Co. in London hergestellten 1 pro Mille Adrenalinlösung als der besten und brauchbarsten unter allen wirksamen Nebennierenpräparaten.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 32jährige Frau mit sehr heftiger, einseitiger Nasenblutung. Nacheinander wurden alle bisher üblichen Methoden der Blutstillung als Ausspritzung mit Eiswasser, feste Ausstopfung der Nasenhöhle mit Eisenchlo-

ridwatte, endlich Tamponade mittels Bellocquescher Röhre mit nachfolgender fester Ausstopfung der Nase, in Anwendung gebracht, ohne mehr als eine kurze, auf wenige Stunden beschränkte Unterbrechung der Blutung zu erreichen, worauf die letztere in unheilvoller Weise wieder einsetzte. Endlich wurden mit „Adrenalinlösung getränkte Gazestückchen fest in die Nasenhöhle hineingedrückt und alle zwei Stunden 20 Tropfen der 1 pro Mille Adrenalinlösung innerlich gegeben." Die Blutung stand und kehrte nach Entfernung des Tampons, der 24 Stunden liegen geblieben war, nicht wieder. Nach Ansicht des Referenten muss die Frage allerdings offen bleiben, ob hier wirklich der innerliche Gebrauch des Adrenalin und nicht vielmehr die an Ort und Stelle applicirte Lösung am wesentlichsten zur Blutstillung beitrug.

Viel eclatanter sind die beiden folgenden Fälle, bei welchen das Mittel ausschliesslich innerlich und zwar subcutan beigebracht wurde.

Bei einem 29jährigen Manne, der seit 5 Jahren öfter über ziehende Schmerzen in der Blasengegend mit intercurrenten geringen Blutentleerungen zu klagen hatte, traten plötzlich ganz enorme Blutungen aus der Harnröhre auf. Eisbeutel und Morphiuminjectionen führten nicht zum Ziel. Die Blutung wurde lebensgefährlich. Kirch entschloss sich zu wiederholten subcutanen Injectionen der bekannten Adrenalinlösung; im Ganzen wurden 4 ccm gebraucht mit dem Erfolge, dass der Urin die ominöse Blutfarbe verlor und ein dunkles Aussehen annahm, um schliesslich nach Entleerung grosser, unter lebhaften Schmerzen abgehender Blutgerinsel die normale Farbe anzunehmen.

Der letzte der von K. beschriebenen Fälle betraf ein 21jähriges Mädchen im fortgeschrittenen Stadium der Lungenschwindsucht mit heftigen Lungenblutungen. Trotz Morphium- und Eisgebrauchs erfolgten im Laufe des Tages noch drei schwere Blutungen. Auch hier brachte die subcutane Injection der Adrenalinlösung (drei mal 1 ccm) die Blutung dauernd zum Stillstand.

In dem sehr lesenswerthen Bericht werden noch kurz einige in der Literatur bekannt gewordene Fälle von erfolgreichem, innerlichem Adrenalin-Gebrauche erwähnt, die auch hier kurz skizzirt werden sollen.

Colemann gab bei Darmblutungen mehrmals täglich 15 gran Adrenalinlösung mit gutem Erfolge. Graeser (im deutschen Krankenhause zu Neapel) berichtet von einer 36jährigen an Typhus erkrankten Dame mit ausserordentlich profusen, bedrohlichen Darmblutungen: Durch innerliche Verabfolgung von Adrenalin wurde die Blutung dauernd gestillt, die Kranke gerettet. Lange gab einem schwindsüchtigen Mädchen, nachdem Blutungen 3 Tage fortgesetzt bestanden, und die versuchten Mittel (Gelatinelösung per os und rectum, Morphium- und

Ergotin-Injectionen) keinen Erfolg gehabt hatten, zweimal 30 Tropfen der Adrenalinlösung innerhalb 2 Stunden, wodurch die Blutung sofort dauernd gestillt wurde. In einem Falle von Magenkrebs, bei dem sich regelmässig Morgens heftiges Blutbrechen einstellte, wurde dieses nach einigen Gaben Adrenalin dauernd gestillt. (Deutsche med. Presse, 1903, No. 24.)

J. Hermann Baas (Worms): *Bindehautentzündung infolge von Ansteckung durch Secret des „infektiösen Scheidenkatarrhs" bei einer Kuh.*

Die Lider des linken Auges des Patienten — das rechte war gesund und blieb es — waren geschwollen und an den Rändern mit gelblichbraunen Krusten bedeckt. Aus der Lidspalte drang ziemlich reichlich dünne Absonderung, in der einzelne gelbliche Fäden schwammen, wie man besonders beim Abziehen des unteren Lides sah. Die Bindehaut war geröthet und geschwellt, die des Bulbus stark chemotisch, so dass sie einen Wall um den Cornealrand bildete, die Cornea selbst war intact. Das Leiden bestand seit einem Tage. Die einseitige Erkrankung und namentlich auch das „schmierige" Aussehen des Auges weckte den Verdacht auf ein infectiöses Leiden, doch brachte eingehendes Examen darnach keine Anhaltspunkte für eine specifische Ursache. Der Kranke meinte, er müsse sich erkältet haben. B. verordnete 5proc. Protargollösung und ausserdem ständig eisgekühlte Umschläge. Als Patient sich am nächsten Tage wieder vorstellte, hatte sich der Zustand etwas gebessert. Er erzählte nun auch, dass er einige Tage vor dem Beginn der Krankheit bei der Entkalbung einer Kuh mitgeholfen habe und dass es immerhin möglich sei, dass er bei dieser Gelegenheit durch Wischen mit der beschmutzten Hand etwas von dem „Wasser" der Kuh in das Auge bekommen habe. Nach sechs Tagen war das Leiden beseitigt.

In den letzten Angaben des Patienten findet B. eine Bestätigung seiner Vermuthung einer specifischen Ursache, umsomehr, als in der Gegend des Verf. seit einiger Zeit vielfach der sogen. infectiöse Scheidencatarrh bei Kühen constatirt worden war. Ausserdem stellte sich noch heraus, dass der Thierarzt, dem der Patient in dem erwähnten Falle geholfen hatte, seit dieser Zeit an einem starken Ausschlag am Arme litt. (Zeitschr. für Augenheilkunde, Bd. X, Heft 1.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom 2. März 1903.

Vorsitzender, Präsident Dr. H. J. Boldt.

Anwesend: 70 Mitglieder.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Vorstellung von Patienten, Demonstration von Instrumenten.

Dr. M. Schlapp stellt einen Patienten vor mit extramedullarem aber intraduralem Tumor in der Gegend des 5. oder 6. Halswirbels und giebt Krankengeschichte und Begründung der Diagnose.

Dr. Jacob demonstrirt einen neuen Obturator für das Urethroscop und erklärt dasselbe und die Technik des Gebrauchs.

Discussion. Dr. H. Klotz: Ich bin etwas überrascht, dass der College vorzieht, bei voller Blase die Urethroscopie vorzunehmen. Es ist für den Patienten viel schwerer, dem Druck Widerstand zu leisten, der entsteht, und da ist es nach meiner Erfahrung immer vorzuziehen, die Blase vorher zu entleeren. Ohnehin erscheint es wünschenswerth, dass der Patient nicht so bald nach der Vornahme der Urethroscopie zu uriniren braucht, weil die Harnröhre darnach ziemlich empfindlich ist. Der Widerstand, den die Urethra posterior dem Instrumente entgegensetzt, ist ein ganz enormer. Ich habe mit dem einfachen Obturator nie Schwierigkeiten gehabt, und die Gefahr, mit dem geraden Endoscop in die Blase einzudringen, ist eine sehr geringe.

Dr. F. Grosse: *Fall von Verbrennung.* (cf. Octobersitzung 1902

Vorträge.

1) Dr. I. Adler: *Ueber Herz-Syphilis.* (Die Discussion über den Vortrag wird auf die nächste Sitzung verschoben.)

2) Dr. J. C. Hemmeter (Baltimore): *Die diätetischen und therapeutischen Methoden, um das Körpergewicht zu erhöhen oder zu vermindern.. Die Behandlung der Fettsucht und der Magerkeit.* (Liest.)

Discussion. Dr. Einhorn: Wir müssen Herrn Dr. Hemmeter zu Dank verpflichtet sein, dass er uns mit so schönen Worten so interessante Thatsachen vorgelegt hat. Ich selbst habe

mich auch mit dieser Sache ziemlich beschäftigt, allerdings mehr von der practischen Seite aus. Obgleich wir wissen und es auch durch die Versuche von Loewe und Richter bewiesen ist, dass es Analogien giebt, wo im Körper weniger umgesetzt wird als unter anderen Bedingungen, so glaube ich, dass wir nicht fehlgehen werden, wenn wir annehmen, dass im Grossen und Ganzen wir eine derartige Erklärung nicht nöthig haben, sondern dass der Fettansatz einfach dadurch bedingt ist, dass entweder zu viel Nahrung eingeführt und zu wenig Arbeit geleistet wird, dass also entweder zu viel Nahrung und mässige Arbeit, oder mässige Nahrungseinführung und wenig Arbeit in Frage kommt. Es scheint allerdings, dass in manchen Familien sich Fettsucht zeigt, allein wenn man auf den Grund geht, wird man finden, dass gerade in diesen Familien Gründe dafür da sind, z. B. in München das Biertrinken. Die Frauen im Climacterium hören auf, Kinder zu gebären, und menstruiren nicht, essen aber dasselbe, wie vor dem Climacterium. Sie neigen zu Fettansatz, da die Ausgabe reducirt wurde, die Einnahme aber dieselbe bleibt. Bezüglich der Behandlung werden wir von den folgenden beiden Gesichtspunkten ausgehen müssen: Die Nahrungszufuhr muss beschränkt, dagegen die Arbeit erhöht werden. Das sind die zwei Grundsätze die in Betracht kommen. In Bezug auf die Nahrungseinschränkung muss sehr vorsichtig zu Werke gegangen werden: man darf die Nahrungszufuhr nicht so sehr einschränken, dass die Patienten daran zu Grunde gehen. Herr Dr. Hemmeter hat auch angeführt, dass das Wassertrinken viel zum Fettansatz beiträgt. Ich meine, dass das Wasser an sich nicht die Fettsucht begünstigt, sondern dass durch dasselbe der Appetitreiz gesteigert wird. Wenn wir eine trockene Nahrung zu uns nehmen, wird der Appetit schnell zu Ende gehen. Ein College hat neulich einen Vortrag über einen ähnlichen Gegenstand gehalten und hat gerade diesen Punkt betont, dass man bei der Behandlung der Fettsucht darauf sehen soll, dass mehr Muskelarbeit geleistet wird, dass die Leute mehr spacieren gehen, jeden Tag etwas mehr. Ein Arbeiter, der schwere Arbeit verrichten muss, braucht 50—55 Calorien pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag; einer, der keine schwere Arbeit verrichtet, braucht weniger Calorien. Nehmen wir an, dass Jemand sich im Gleichgewicht befindet und wir erhöhen seine Arbeit und damit seinen Calorienverbrauch, so muss er den Mehrverbrauch von seinem Körpegewicht decken, und infolge dessen wird eine Gewichtsabnahme stattfinden. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch ein Präparat erwähnen, welches mir gute Dienste geleistet hat, ein Präparat das Prof. Gebhardt empfohlen hat, nämlich die Borsäure. Ich habe dieselbe in 6 Fällen versucht in Dosen von ½ Gramm dreimal täglich und habe gesehen, dass die Leute bei ihrer gewöhnlichen Nahrung ein Pfund pro Woche abnehmen. — Dr. J. Kaufmann: Ich

möchte zunächst auch an den einen Punkt anknüpfen, von dem Dr. Einhorn schon gesprochen hat, nämlich von der Bedeutung der Flüssigkeitszufuhr bei der Bekämpfung der Fettsucht. Der erste, der darauf hingewiesen hat, war Oertel. Aber er ging in erster Linie von der Betrachtung der Circulationsstörungen aus, wie sie besonders in München durch den reichlichen Biergenuss hervorgerufen werden. Ich glaube, man muss das wohl berücksichtigen, wenn man die Bedeutung der Flüssigkeitsbeschränkung richtig würdigen will. In diesen Fällen entsteht in Folge der Circulationsstörungen verringerte Flüssigkeitsausfuhr durch die Nieren und so kommt es zur Flüssigkeitsansammlung im Körper. Wenn man die Flüssigkeitszufuhr einschränkt, erleichtert man die Herzthätigkeit und die Ausscheidung durch die Nieren wird befördert und es tritt dadurch ein Verlust an Gewicht ein. Dass wir nicht im allgemeinen sagen dürfen, dass Flüssigkeitsentziehung nothwendig ist bei Bekämpfung der Fettsucht, dafür ist im vorigen Jahre ein sehr interessanter Beweis erbracht worden, wo man eine Frau, die ein sehr hohes Körpergewicht hatte, um 120 deutsche Pfund reducirte, während sie im Bette lag und ganz beträchtliche Mengen von Flüssigkeit zu sich nahm — Wasser war ihr literweise erlaubt worden — und dennoch verlor sie so sehr an Gewicht. Man hat auch betont, dass mit der Entziehung von Flüssigkeit bei den Mahlzeiten die Lust zum Essen geringer werde und so indirect eine Gewichtsreduction erzielt werde. Ich bedaure, dass der zweite Theil des Vortrages von Dr. Hemmeter über die Magerkeit etwas mager ausgefallen ist, insbesondere hätte ich gerne gehört, wie er sich erklärt, dass Leute mager werden durch zu reichliche Zufuhr von Nahrungsstoffen. Bei Beobachtung solcher Leute, die bei reichlicher Nahrung ein geringes Körpergewicht besitzen, ist mir aufgefallen, dass diese Leute oft ungewöhnlich grosse Mengen von Stuhl absetzen. Wir wissen, dass die Faeces zum grossen Theil aus den Resten der abgesonderten Verdauungssäften bestehen, und kann man sich wohl denken, dass bei erhöhter Absonderung aller Verdauungssäfte selbst bei gesteigerter Nahrungszufuhr ein geringes Gewicht resultirt. Aehnlich liegt es mit den anderen Ex- und Secreten, so dass diese Menschen, bei im ganzen sehr regen Stoffwechsel, trotz reichlicher Nahrungszufuhr in Folge sehr reichlicher Abgaben, an Gewicht verlieren können, das umgekehrte Verhältniss wie bei phlegmatischen Naturen, die trotz geringer Nahrungszufuhr an Gewicht zunehmen, weil sie wenig umsetzen und wenig abgeben. — Dr. G. Mannheimer: Zur Beseitigung der Fettsucht bedarf es einer ganzen Reihe von Maassregeln, die man in den meisten Fällen combiniren muss. Diät kommt in erster Linie, ist aber nicht nach einem bestimmten Schema anzuwenden. Das zweite und wichtigste Mittel ist die Körperarbeit, und hier genügt nicht blosses Spazierengehen, son-

dern es bedarf vieler kräftiger Körperübung, wie Radfahren, Reiten, Rudern, Schwimmen, Turnen. Ich möchte hier erwähnen, dass die Behandlung der Fettsucht in Anstalten häufig erfolgreicher ist als in der Privatpraxis. Wir erleben oft genug, dass Leute, die in die Curorte gehen, nach Kissingen, Marienbad etc., während dieser Zeit an Gewicht verlieren, aber sobald sie nach Hause gekommen sind und ihre alten Gewohnheiten wieder angenommen haben, ihr altes Gewicht wieder gewinnen. Ein drittes Hauptmittel ist die Hydrotherapie in ihren verschiedenen Formen. Schwitzcuren sowohl als Kaltwasserproceduren haben einen colossalen Einfluss auf den Stoffumsatz. Ueber die verschiedenen Präparate, die man zur Entfettung gebraucht, ist zu sagen, dass sie in vielen Fällen in Verbindung mit den erwähnten Maassnahmen einen günstigen Einfluss in der gewünschten Richtung ausüben. Ich möchte noch eine Bemerkung machen über die Indicationen zur Fettentziehung. Es handelt sich nicht nur um die reine Fettsucht als solche, die wir zu bekämpfen haben. Bei vielen Frauen ist es zur Modesache geworden, möglichst schlank zu sein. Wichtig ist die Behandlung der Fettsucht, die andere Krankheiten complicirt, so Herzkrankheiten, Pleuraverwachsungen, Kyphoscoliose, chronische Nierenerkrankungen, Erkrankungen der Bewegungsorgane, bei Gicht, Diabetes. Diese Indicationen zur Fettentziehung sind für den practischen Arzt die wichtigsten. Immer ist darauf zu achten, dass die Entfettung langsam vor sich gehe, und dass der Organismus nicht gleichzeitig auch Einbusse an Leistungsfähigkeit erleide. —Dr. H e m m e t e r: Zum Schluss möchte ich noch andeuten, dass der Hauptzweck meines Vortrages darauf gerichtet war, die Anregung zu einer Debatte zu geben. Wenn es möglich wäre, in einem Vortrage alle Thatsachen über das betreffende Thema anzuführen, dann müsste nothgedrungen die Debatte wegfallen oder sie würde nur eine Wiederholung dessen sein, was der Vortragende schon gesagt hatte. Es wären noch viele Dinge über das Thema zu besprechen. Eine der raschesten Methoden, das Fett zu entziehen, ist die durch Operation. Diese wird in Deutschland bei Corpulenten vielfach vorgenommen. Man macht den Bauchschnitt und schneidet das Fett heraus. Ueber Borsäure habe ich persönlich keine Erfahrung, doch habe ich gehört, dass dieselbe ein wirksames Mittel ist, die Fettsucht zu beseitigen. Ueber die Frage des Hrn. Collegen K a u f m a n n, wie ich mir die Magerkeit erkläre bei Leuten, die viel oder sogar zu viel essen, möchte ich folgendes sagen: Es ist möglich, bei ganz Gesunden allmählich so viel Stärke zu geben, wie z. B. Kartoffelbrei, dass sie schliesslich in den Faeces mit L u g o l'scher Lösung eine Blaufärbung bekommen. In normaler Weise darf dies nicht vorkommen. Aber, wie gesagt, ist es möglich, dies künstlich herbeizuführen, auch mit Olivenöl. Es bedeutet dies, dass es möglich ist, so viel Nah-

rung einzuführen, dass die Verdauungssäfte nicht hinreichen und dann tritt ein pathologischer Process ein. Die Kohlehydrate, die nicht verdaut werden, müssen vergähren und die Resorption der Endoproducte der Verdauung wird vermindert werden.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Montag, den 6. April 1903.

Vorsitzender: Dr. H. J. Boldt.

Anwesend: 45 Mitglieder und mehrere Gäste.

Das Protokoll der lezten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten.

1. Dr. Carl Beck: *Durch Operation geheilter Fall von Angioma racemosum.*

Die Krankengeschichte des zweiunddreissigjährigen Patienten ergab, dass derselbe vor siebzehn Jahren eine kleine Erhebung der Haut beobachtete, nachdem er daselbst durch einen Steinwurf verletzt worden war. Die anfänglich unbedeutende Geschwulst wuchs beständig, bis sie zuletzt sich über die ganze behaarte Kopfhaut die Schläfe-, Augen- und Nasengegend ausdehnte und sich zu einer weichen irregulären Masse entwickelte, welche nur an wenigen Stellen ein normales Aussehen bot, zumeist sich jedoch durch theils blaues, theils blaurothes Colorit auszeichnete. Die darüber sich spannende Haut war stark verdünnt und adhärent. Die Pulsation der ganzen Gefässgeschwulst war so ausgesprochen, dass man sie schon von weitem erkennen konnte. Bei der Auscultation war ein weiches intermittirendes Geräusch wahrzunehmen. Drückte man auf die peripheren Blutgefässe, so beeinflusste man die Pulsation nur in geringem Grade; ja sogar die Compression der Carotis hatte nur einen geringfügigen Einfluss auf dieselbe. Es war namentlich dieses Phänomen, welches den Patienten hochgradig belästigte. Ausserdem war er im letzten Jahre durch häufige Schwindelanfälle gequält.

Die am meisten projicirende Stelle der Geschwulst riss zweimal während des letzten Jahres ein und verursachte jedesmal einen beängstigenden Blutverlust.

Vor sechs Wochen unterband ich die Schläfenarterien und vier Tage später die Arteriae frontales und angulares. Es zeigte sich jedoch auch darnach nur ein geringer Nachlass der Pulsation. Auch verkleinerte sich die Geschwulst nur unwesentlich.

Fünf Tage nach dem letzten Eingriff schritt ich zur Totalexstirpation, nachdem ich eine unterbrochene prophylactische Naht voraus geschickt hatte, die um die normalen Gewebe sich erstreckte, welche die Geschwulst umgaben. Ausserdem wurde ein

Assistent angehalten, ausgedehnte Digitalpressur auszuüben während die Geschwulst entfernt wurde.

Trotz nennenswerther Sorgfalt der Assistenz war die Blutung doch so profus, dass der Patient nach Beendigung der Operation eines Stimulans bedurfte. Die Heilung trat ohne nennenswerthe Reaction ein.

Die microscopische Untersuchung, welche von Herrn Dr. H. Kreuder im St. Mark's Hospital vorgenommen wurde, zeigte, dass die Structur der grösseren Gefässe den Venencharacter darbot. Die Intima, sowohl als die Media repräsentirten geradezu eine einzige endotheliale Gewebsschicht. Nach aussen stiess man auf Muskelzellen, welche mit einer kleinen Anzahl von elastischen Bindegewebsfasern gemischt waren. Beide liefen in circulärer Richtung.

Die Tunica adventitia wies zwei Schichten auf und zwar war die innere ziemlich dick und bestand aus glatten Muskelzellen, welche eine längliche Richtung zeigten und durch fibröses Bindegewebe zusammengehalten waren. Die äussere Schicht bestand aus losem fibrösem Bindegewebe. Zwischen den beiden Schichten der Adventitia liess sich etwaselastisches Gewebe nachweisen, welches man als eine separate Schicht ansprechen dürfte.

Die Wände der Gefässe waren an manchen Stellen sehr dünn, zeigten aber keine Anzeichen von Degeneration oder Entzündung. Die Gewebe, welche ausserhalb der grossen Gefässe lagen, zeigten die Structur des Angiocavernoms, in welchem die Wände der Bluträume aus einem dünnen Bindegewebenetz bestanden, welches mit einer einfachen Schicht von endothelialen Zellen besetzt war. An einigen Stellen zeigte sich vereinzelt Rundzelleninfiltration zwischen den Bluträumen. Es macht den Eindruck als wollten sie die Spindelform annehmen.

Demgemäss würde die Geschwulstmasse einem Angiosarcom gleichen. Die clinische Beobachtung und die Krankengeschichte würde jedoch, wenn auch die Möglichkeit dazu keineswegs ausgeschlossen ist, dies nicht als wahrscheinlich erscheinen lassen.

2. Dr. Carl Beck: *Sarcom der Orbita, mit Roentgen-Strahlen behandelt.*

Patientin, eine Dame von zweiundvierzig Jahren, Gattin eines Collegen, zeigte die ersten Anzeichen eines Sarcoms der Orbita im Herbst 1901. Es war damals unverzüglich zur Enucleation des Augapfels geschritten worden, drei Monate später jedoch zeigte sich schon ein Recidiv am Stirnbein. Binnen Kurzem erreichte dasselbe eine solche Ausdehnung, dass man es für inoperabel erklärte. Und zwar that man dies nach dem durchaus zu Recht bestehenden Grundsatz, die Entfernung maligner Geschwülste nur dann zu unternehmen, wenn man sich von vornherein vergewissert hatte, das Neoplasma in toto entfernen zu können. Man würde

es z. B. als Kunstfehler ansehen, wollte man einen unbeweglichen Uterus zu exstirpiren trachten oder sich an ein hochsitzendes, retroperitoneal festgelöthetes Mastdarmcarcinom wagen. Doch hat der kühn vordringende Rebell in so manches altehrwürdige Axiom Bresche geschossen, und auch in dieser wichtigen Frage, so scheint es mir, müssen wir unsere bisher maassgebenden Ansichten durch ihn modificiren lassen. Was dem Scalpell nicht mehr erreichbar ist, kann man unter günstigen Umständen den Roentgenstrahlen zu weiterer Behandlung belassen.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, exstirpirte ich, nachdem ich erst durch ein Roentgenbild die Ausdehnung der Sarcombildung illustrirt hatte, einen Theil des Stirnbeins und der Orbita. Drei Wochen später, nachdem Vernarbung eingetreten war, begann ich die Roentgenbehandlung. Der Timidität der Zeitströmung angemessen liess ich es bei drei Sitzungen in der Woche bewenden und bestrahlte jedesmal zehn Minuten und zwar mit mässig starkem Strom. Während zweimonatlicher Behandlung war keine Aenderung wahrzunehmen. Es wurde nun drei Wochen lang mit der Bestrahlung aufgehört, was ein Recidiv zur Folge hatte. Nun nahm ich die Roentgenbehandlung wieder auf und zwar täglich und bei geringem Röhrenabstand. Ich bediente mich ferner einer weichen Röhre und eines starken Stromes. Nach elf Sitzungen entwickelte sich eine ziemlich ausgedehnte Dermatitis, welche sich füglich als solche ulcerativen Characters zeigte. Die Ausdehnung entsprach der Mitte der bestrahlten Fläche. Zugleich trat völliger Haarausfall auf der erkrankten Seite ein. Die Patientin litt ungefähr eine Woche, dann verschwanden die Symptome allmählig unter dem Gebrauch warmer B u r o w'scher Lösung, welche später durch Xeroformgaze ersetzt wurde.

Drei Wochen nach dem Einsetzen der intensiven Erscheinungen waren alle Anzeichen sarcomatöser Infiltration, und insbesondere die vorher bestehende Projection des oberen Orbitalrandes, wie er erst wieder sichtbar geworden war, verschwunden. Der Allgemeinzustand der Patientin hat sich auch derart gehoben, dass sie in jeder Beziehung als normal anzusehen ist. Der Appetit ist gut und Pat. versieht wie früher ihre Hausfrauenpflichten. Auch fehlen jedwede Schmerzen. Ob das Sarcom nunmehr wirklich zur Heilung gelangt ist, wage ich nicht zu entscheiden. Ich bin geneigt es zu bezweifeln, trotzdem ja augenblicklich nichts palpables nachzuweisen ist. Aber dass der Process wenigstens zu temporärem Stillstand gekommen ist, wird angesichts dieser Thatsachen Niemand bezweifeln können.

Ich fahre fort, Pat. nunmehr zweimal wöchentlich zu bestrahlen und werde, sobold sich irgend welche Anzeichen von Erythem zeigen, temporär mit der Bestrahlung aufhören. Von besonderem Interesse dürfte der Umstand sein, dass die Operationsnarbe nach

der intensiven Reaction verschwand, ein Moment, das bei der Entfernung hässlicher Narben als Fingerzeig diene. Wir wollen aus diesem Fall nicht generalisiren — es giebt zweifellos Sarcome bei denen die Roentgenbehandlung viel weniger leistet — dies ist, wie ich schon in meinem Vortrag im Mai 1901 andeutete, zu einem grossen Theil von dem sarcomatösen Gewebstypus abhängig.

Discussion. Dr. C. Pfister: Ich möchte Dr. Beck fragen, ob das Sarcom ein melanotisches war. — Dr. Carl Beck: Nein, es handelte sich nicht um ein melanotisches Sarcom, sondern um ein Rundzellensarcom.

3. Dr. Lapowski: *Fall von serpiginösem Syphilid.*

4. Dr. F. Foerster: *Demonstration gynäcologischer Präparate.*

Die Präparate stammen von Fällen, in welchen ich während der letzten zwei Monate im Deutschen Hospitale wegen Myoma uteri operirt habe. Sie bieten für den Fachmann sowohl wie auch für den allgemeinen Arzt einiges Interesse, weswegen ich mir erlaube, sie Ihnen zu demonstriren. Vor allem fällt es auf, dass es sich um eine Duplicität der Fälle handelt. Stieldrehung eines grossen Myomknotens kommt ja ab und zu vor, doch dass sich solches Vorkommniss in einer Reihe von auf einander folgenden Fällen wiederholt, ist als ein sehr überraschender Zufall anzusehen. In vier der Fälle konnte ich eine vollkommene Torsion des pedunculirten Myomknotens constatiren, während in dem fünften Falle es sich weniger um eine Drehung des subserösen Myoms als vielmehr um eine Torsion des Myoms und Uteruskörpers selbst in einem Winkel von 90° handelte. Aus den Krankengeschichten war ersichtlich, dass in dreien der Fälle das erste Anzeichen der Geschwulst durch den Eintritt einer Attacke von Peritonitis als Folge der Stieldrehung des Tumors auftrat, dass erst dann bei der stattgehabten Untersuchung eine grössere Geschwulst entdeckt wurde. Das Hauptsymptom eines Uterusmyoms, Blutung, war in diesen Fällen nicht vorhanden, im Gegentheil waren die Menses in keiner Weise profus, ja in einem Falle, Frau von 52 Jahren, war die Menopause schon vor 3 Jahren eingetreten. Das Alter der Frauen ist 52, 42, 38, 36 Jahre, sie sind verheirathet, kinderlos. Dass Meno- und Metrorrhagien nicht auftraten, kann in dreien der Fälle leicht begriffen werden, denn die betr. Myome gehören der subserösen und interstitiellen Varietät an, in dem 4. Falle ist es jedoch kaum glaublich, da das Präparat Myomknoten zeigt, welche sich direct unter der Schleimhaut befinden. Der 5. Fall zeigte die gewöhnlichen Erscheinungen eines wachsenden Myoms. Zehn Jahre lang wurde die Geschwulst beobachtet und wohl auch behandelt, die Blutungen wurden immer stärker, so dass bei der 38 Jahre alten Patientin zur

Operation geschritten werden musste. In dem Präparat findet man die Uterinarterien äusserst sclerotisch, die Lumina stehen offen, die Wandungen fühlen sich wie Pappe an, bei der Operation schnitt meine Ligatur durch dieselben gleich einem Messer. Alle fünf Fälle sind genesen.

Lassen Sie mich die ja bekannte Thatsache hervorheben, dass pedunculirte Uterusmyome selbst nach der Menopause zu lebensgefährlichen Störungen durch Torsion des Stieles und dadurch verursachte Gangraen der Masse Veranlassung geben können. Ich habe derartige Fälle öfters zur Beobachtung und Operation bekommen, nicht zu sprechen von den cystischen und malignen Entartungen, die nach der Menopause so oft bemerkt werden. Ich möchte aber weiter gehen und behaupten, dass die nach der Menopause gewöhnlich eintretende Schrumpfung der Myome zur Stielbildung etwa vorhandener Myomknoten beiträgt. Auch möchte ich erinnern, dass die uterinen Blutungen kein Criterium betreffs der Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit eines Uterusmyomes sind, sie können äusserst mässig sein, und trotzdem kann die Geschwulst eine bedeutende Grösse erreichen, wie wir ja aus diesen Fällen hier sehen, und kann uns eventuell durch lebensgefährliche Störungen zur Operation zwingen.

Das 6. Präparat hier ist eine grosse Cyste der breiten Ligamente, und zwar ist dies die grösste derartige Cyste, die ich je operirte. Sie füllte das ganze Abdomen bis zum Diaphragma vollständig aus. Die Operation war einfach; durch eine kleine Schnittwunde konnte der enorme Sack nach Entleerung seines wasserhellen Inhaltes leicht entfernt werden. Die Patientin war ein junges Mädchen von 22 Jahren; die Cyste entwickelte sich zur erwähnten Grösse innerhalb eines Jahres.

5. Dr. Carl Beck: *Demonstration eines mit einem Bruchsacke verwachsenen Appendix.*

Der Wurmfortsaz, welchen ich hier vorzeige, ist einem 38-jährigen Manne entnommen. Derselbe zeigt ganz merkwürdige Verhältnisse. Die Wand desselben ist nämlich direkt mit einem Bruchsack verwachsen und zwar stellt diese Verwachsung nicht etwa ein Adhäsionsband dar, sondern einen integrierenden Theil des Sackes. Die Gelegenheit zur Operation gab eine seit Jahren bestehende Leistenhernie, verbunden mit Hodenretention. Als der Hode aus dem Leistenring hervorgezogen wurde, zeigte sich hinter ihm der lange normale Wurmfortsatz, dessen Ansatzstelle in der Breite von 3 Centimetern auf den Bruchsack übergriff, mit welchem zusammen er exstirpirt wurde. Die Serosa des Wurmfortsatzes war daselbst von dem derben Drucksackgewebe kaum zu unterscheiden. Vielleicht ist diese congenitale Verirrung als wesentlicher Factor bei der Hodenretention anzusehen.

Discussion. Dr. C. Pfister: Ich habe bei Kindern unter

zehn Jahren dreimal den Appendix mit dem Bruchsack verwachsen gefunden, auch mit dem retinirten Hoden, einmal bei einem erwachsenen Manne. Der Mann klagte über enorme Schmerzen, die sich jedesmal steigerten, so oft er ein Bruchband trug. Er wurde operirt, und bei der Operation fand sich der Appendix verwachsen mit dem Bruchsacke, ausserdem wurden noch im Appendix drei Schrotkörner gefunden. — Dr. Carl Beck: Ich möchte erwidern, dass ich wiederholt Wurmfortsätze im Bruchsacke gefunden habe, sowohl frei als auch adhärent; ich möchte aber in diesem Falle den Schwerpunkt darauf legen, dass es sich hier um ein wirkliches Stück Bruchsack handelt. Ich habe in der Literatur keinen Fall finden können, der diesem Zustande hier entspräche.

6. Dr. F. Maass: *Demonstration eines durch Resection entfernten Mastdarmcarcinomes.*

Dies Präparat von hoch sitzendem Mastdarmcarcinom ist interessant in operativer Hinsicht. Ich musste der Kranken zunächst vor etwa 5 Wochen einen künstlichen After anlegen, weil sich der Darm nicht entleeren liess. Vom Rectum aus erschien die Geschwulst unbeweglich und deshalb inoperabel. Die ziemlich elende Kranke erholte sich nach der Operation bei reichlicher Ernährung sehr gut, wurde aber durch häufigen Stuhldrang veranlasst, durch reichliche schleimig blutige Absonderung sehr gequält. Ich entschloss mich deshalb, die Exstirpation des scheinbar inoperablen Tumors zu versuchen. Nach der Methode von Kraske wurde zunächst die Geschwulst so weit erreichbar frei gemacht, blieb aber unbeweglich. Es blieb nichts übrig, als die Bauchhöhle zu eröffnen. Hier zeigte sich als Ursache der Unbeweglichkeit eine Verwachsung des Tumors mit dem oberen Schenkel der Flexur. Nachdem diese gelöst, liess sich die Geschwulst ohne grosse Schwierigkeit ausschälen. Obwohl der grössere Theil der Flexur wegen der erwähnten Verwachsung mit entfernt werden musste, liessen sich die beiden Enden gut vereinigen. Man sieht daraus, dass es unmöglich sein kann, sich ohne Laparotomie von der Entfernbarkeit eines hoch sitzenden Rectumcarcinoms zu überzeugen, auch wenn es für den Finger erreichbar und selbst nach Freilegung von der Kreuzbeingegend aus. Man soll sich durch die Unbeweglichkeit nicht von einem operativem Eingriff abschrecken lassen. Die Kranke würde ohne die vierwöchentliche kräftige Ernährung nach Anlegung des künstlichen Afters diesen schweren Eingriff kaum überstanden haben. Es geht ihr jetzt acht Tage nach der Operation gut.

Discussion zu dem von Dr. Adler gehaltenen Vortrag: *Ueber Herz-Syphilis.*

Dr. L. Weber: Seit zehn Jahren habe ich den syphilitischen Affectionen des Herzens und der Aorta besondere Aufmerksam-

keit geschenkt und bin wie der Vortragende zur Ueberzeugung gelangt, dass der Arzt weder in der Privat- noch Hospitalpraxis lange zu suchen braucht, um einschlägige Fälle zu finden und bei genauer und wiederholter Untersuchung dieselben zu diagnosticiren und zu würdigen. In einem Vortrage „Locomotor Ataxia and Syphilis", gehalten vor der N. Y. Academy of Medicine am 20. März 1884, habe ich an einem Material von 125 Fällen, zumeist aus der Privatpraxis, nachgewiesen, dass nur 2 Fälle Syphilis des Nervensystems bekamen und daran starben. Und dies waren gerade die zwei jungen Leute, welche sich frühzeitig der Behandlung entzogen. Leichte Formen der Syphilis, ungenügende oder gänzlich fehlende constitutionelle Behandlung finden sich häufig in der Vorgeschichte von Herzsyphilis. Natürlich giebt es auch Ausnahmen; die vielen Ausnahmen und Abweichungen von der Norm sind ja eben die Crux der Pathologie. Ist mir doch erst vor 14 Tagen ein junger Mann zugeführt worden, bei dem die Syphilis als beinahe maligne Infectionskrankheit verläuft und trotz aufmerksamer Behandlunglung schon im Laufe des ersten Jahres endomyocarditische Erscheinungen gemacht hat. In einer klinischen Mittheilung, welche ich unter der Devise „Syphilis as a Factor in Diseases of the Heart and Lungs" der American Climatological Association im Jahre 1895 machte, finden sich drei Fälle von syphilitischer Nervenerkrankung verzeichnet. In meiner letzten Arbeit über diesen Gegenstand, gelesen vor der Academy of Medicine am 9. März 1899, machte ich auf das vortreffliche Essay von Dr. I. A d l e r aufmerksam, welches im N. Y. Medical Journal, 22. October 1898, publicirt ist, und theilte den interessanten Fall eines Mannes von 63 Jahren mit, dessen syphilitische Myocarditis durch Behandlung mit Jod und Quecksilber ausserordentlich günstig beeinflusst wurde. So ganz von heute und gestern, wie R u n e b e r g in seiner sehr lesenswerthen Arbeit in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift, Nos. 1 und 2 1903, meint, ist das Wissen von der Herzsyphilis meiner Ansicht nicht; seit 10 Jahren und etwas länger ist viel Material von guten Beobachtern herbeigeschafft und manche gute Arbeit in der Pathologie und pathologischen Anatomie der Affection geliefert worden. Wie in der Syphilis des Nervensystems so hat auch hier H e u b n e r durch seine bahnbrechende Erforschung der syphilitischen Gefässerkrankungen den Weg gewiesen, welchen wir zu gehen haben, um zum besseren Verständniss der Vorgänge zu gelangen. Weitere Untersuchungen werden, wie ich Grund habe, zu glauben, uns lehren, dass so mancher Fall von diffuser und interstitieller Nephritis durch specifische Gefässerkrankung der Nieren veranlasst wird. Das Initialstadium der syphilitischen Coronararteriensclerose sowie der syphilitischen Myocarditis resp. Myomalacie bietet für die Diagnose grössere Schwierigkeiten als der Beginn syphiliti-

scher Nervenerkrankungen. Drei Symptome sind mir werthvoller gewesen als alle anderen: Geschwächte Systole, Tic-Tac-Schlag, gekürzte Pause zwischen Systole und Diastole und Arythmie mit anginösen und dyspnoischen Erscheinungen. Stelle ich diese Trias fest bei einem nicht alten Individuen und kann ich rheumatische und andere Ursachen ausschliessen, so nehme ich Syphilis als Ursache der Herzerscheinungen an und behandle demgemäss. Und nun zur Mittheilung von einigen in der letzten Zeit beobachteten Fällen: Der erste Fall, A. M., 67 Jahre alt, wäre heute gewiss nicht sehr am Leben, wenn ich nicht zufällig vor 30 Jahren bei einer gelegentlichen Untersuchung entdeckt hätte, dass er ein serpiginöses Syphilid am Sternum hatte. Er kam dann wieder zu mir im Jahre 1895 und klagte über neurasthenische Erscheinungen. Bei der Untersuchung fand sich eine bedeutende Herabsetzung der Patellarreflexe, und auch die Pupillenreaction war gegen Licht sehr träge, ausserdem litt Patient an sehr grossem Schwächegefühl. Ich rieth zu einer sofortigen Cur in Aachen, welchen Rath Patient jedoch nicht befolgte, sich vielmehr an eine Kaltwasserheilanstalt wandte, aus welcher er gebessert zurückkam. In den Jahren 1896 und '97 befand er sich verhältnissmässig wohl. Im Jahre 1898 ging er nochmals nach Europa. Nach seiner Rückkehr im Jahre 1900 unregelmässige Herzaction, dumpfer, schwacher Herzschlag und dyspnoische Erscheinungen, aber keine Angina. Ich fand eine bedeutende Vergrösserung des Herzens sowie eine Myocarditis, von der ich bestimmt annahm, dass sie syphilitischer Natur war. Eine antisyphilitische Cur hatte einen wunderbaren Erfolg, der Patient war nach Ablauf von drei Monaten wieder vollständig wohl. Ein anderer Patient, ungefähr desselben Alters, der das Unglück hatte, im 43. Lebensjahre syphilitisch zu werden, und zwar schwer, bietet seit einigen Jahren sclerotische Erscheinungen dar mit unregelmässigem Puls. Letzten December zog er sich eine schwere Indigestion zu. Einige Tage später kam es zu einer acuten Erweiterung des rechten Ventrikels. Ich gab dem Patienten zunächst die sogenannte gemischte Behandlung und ausserdem Fluidextract von Digitalis. Das letztere wurde verhältnissmässig schlecht vertragen, die Quecksilberjodbehandlung dagegen gut. Irgend welchen Erfolg hatte ich nicht zu verzeichnen und es ging dem Patienten zusehends schlechter. Die Erscheinungen von Seiten des rechten Ventrikels nahmen zu und Patient befand sich bald in Lebensgefahr. Jetzt galt es, herauszufinden, ob er auf Digitalis reagirte. Ich liess ein frisches Infus machen aus englischen Digitalisblättern, ½ Drachme auf 7 Unzen Wasser mit einer Unze Liquor Kali acetici. Die Urinsecretion stieg schon am 2. Tage von 15 auf 95 Unzen innerhalb 24 Stunden und Patient befand sich nach 4 Tagen in einem relativ günstigen Zustand. Hier haben wir also die Wichtigkeit der Differentialdiagnose vor uns. Wäre

ich in diesem Falle bei der specifischen Behandlung geblieben, hätte ich den Patienten verloren. Nehmen Sie die nächsten zwei Fälle, die auch wichtig sind. In einem Falle handelte es sich um einen 59jährigen, in dem anderen um einen 37jährigen Mann. Der letztere ist gestorben. Beide hatten exquisite Erscheinungen der Coronarateriensclerose und chronischer Aortitis, die Geschichte war bei beiden klar. Es handelte sich um eine Erweiterung beider Herzhälften und des Anfangtheiles der Aorta. Wenn es sich um eine Aortenerkrankung syphilitischer Natur handelt, ist die Erkrankung eine schwere. Der erst erwähnte Patient lebt heute noch. Ein höchst interessanter Fall ist der folgende, den ich noch in Behandlung habe. Ein 50jähriger Mann, Italiener, hatte vor 27 Jahren Syphilis und zeigt jetzt die exquisiten Erscheinungen einer syphilitischen Endomyocarditis. Die Hauptsache in der Begutachtung verdächtiger Fälle ist die Differentialdiagnose. Es ist verhältnissmässig leicht, eine richtige Diagnose zu stellen, wenn es sich um einen Fall handelt bei einem Menschen, der noch nicht 50 Jahre alt ist. In den älteren Fällen, ohne genügende Vorgeschichte, ist die Differentialdiagnose schwierig, zuweilen unmöglich und kann oft nur ex juvantibus gestellt werden. — Dr. Einhorn: Ich denke, wir müssen Herrn Dr. Adler dankbar sein, unsere Aufmerksamkeit auf die Herzsyphilis gelenkt zu haben. Ich selbst habe auch mehrere Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. Die Diagnose bestimmt zu stellen, ist natürlich von vornherein sehr schwer, aber zuweilen, wenn noch andere syphilitische Erscheinungen vorliegen, und wenn es sich um Individuen unter 50 Jahren handelt, hat man es leichter. Ich will nur einen Fall erwähnen. Es handelte sich um einen Mann von etwa 33 Jahren; derselbe klagte über Schwächezustände und neurasthenische Symptome und kam dann bald sehr herunter. Er wurde vielfach ärztlich behandelt, aber ohne Erfolg. Er war auch in einer Kaltwasserheilanstalt in Deutschland. Als ich ihn untersuchte, fiel es mir auf, dass sein Herz nach rechts verbreitert war; der Puls war ziemlich regelmässig, der 1. Ton nicht ganz rein. Dann fand ich an der Leber eine kleine Anschwellung, die ziemlich hart war und an eine Neubildung denken liess. Der Patient hatte eine Vorgeschichte von Syphilis, die er vor 10—12 Jahre acquirirt hatte. Dies liess mich sofort daran denken, dass es sich in der Leber um ein Gumma handeln könnte, und dass auch die Erscheinungen von Seiten des Herzens syphilitischer Natur seien. Der Patient wurde auf Jodkali gesetzt und besserte sich daraufhin rasch. Natürlich wird die Verbreiterung des Herzens bestehen bleiben, allein der ganze Zustand des Patienten hat sich gebessert, ebenso die Herzsymptome. Es können natürlich syphilitische Leute Herzerkrankungen anderer Natur haben und andererseits können Leute, die keine Geschichte von Syphilis aufweisen, doch syphilitische Erscheinungen am Herzen

haben. Die Schwierigkeit der Diagnose bietet sich also nicht nur bei Herzsyphilis, sondern auch bei allen syphilitischen Erkrankungen der inneren Organe.

Dr. S. J. Meltzer: *Ueber Magencolik.*

Dr. Meltzer ist der Ansicht, dass manche Anfälle von heftigen Magenschmerzen, die man jetzt allgemein als Gastralgie bezeichnet, wirkliche Magenkrämpfe, d. h. motorischen Ursprunges sind. Es giebt Magencoliken wie es Darmcoliken giebt. Beide beruhen auf demselben Vorgang, der, nach Ansicht des Vortragenden, in einer Störung des Gesetzes der conträren Innervation besteht. Vor mehr als zwanzig Jahren hatte Dr. Meltzer die Ansicht ausgesprochen und zu begründen versucht, dass bei jedem motorischen Vorgang im thierischen Körper gleichzeitig eine Hemmung stattfinden muss. So z. B. bei einer Beugung einer Extremität wird eine Contraction der Extensoren gehemmt, während die Flexoren sich contrahiren; die Expirationsmuskeln werden gehemmt während die Inspirationsmuskeln sich contrahiren. Kurz, bei jeder motorischen Function musste eine Muskelgruppe gehemmt werden, während die Antagonisten sich contrahiren. Beim Magendarmcanal sind je zwei benachbarte Abschnitte Antagonisten zu einander, und soll eine geregelte Peristalsis stattfinden, muss der untere Darmschnitt erschlafft sein, während der obere sich contrahirt. Am Magen sind die Pars pylorica und Pylorus Antagonisten, d. h. soll der Mageninhalt nach dem Darm hinein beförderd werden, muss der Pylorus erschlafft sein während die Pars pylorica sich contrahirt. Diese gegenseitige Beziehung der Antagonisten nennt Dr. Meltzer das Gesetz der conträren Innervation. Eine der möglichen Störungen dieses Gesetzes kann darin bestehen, dass beide Antagonisten sich gleichzeitig contrahiren. Wenn eine solche Störung im Gastro-Intestinalcanal stattfindet, d. h. wenn zwei benachbarte Abschnitte des Darmes, oder wenn Pars pylorica und Pylorus sich gleichzeitig contrahiren, während darin Magen- oder Darminhalt eingeschlossen ist, so führt diese Störung zu einer Colik.

Solche Störungen im motorischen Mechanismus des Magens können sowohl durch locale Reize als auch durch reflectorische Einflüsse zustande kommen, wobei eine allgemeine Erregbarkeit des Nervensystems ein maassgebender Factor sein kann. Die Magencoliken kommen meistens beim weiblichen Geschlecht vor und sind häufig hereditären Ursprungs. Bei der Behandlung muss daran gedacht werden, dass alle drei Factoren beim Zustandekommen betheiligt sein können, d. h. die locale Ursache, allgemeine Erregbarkeit und die entfernt liegende Reflexursache. Der Vortragende berichtet Fälle in denen chronische „Magenkrämpfe" gebessert worden sind durch Entfernung eines Cervixpolypen, eines stricturirten Appendix, oder durch die Unterstützung einer beweglichen Niere vermittelst einer Pelotte.

Zum Schlusse erwähnt Dr. Meltzer, dass viele der gastrischen sowie andere Krisen bei Tabes dorsalis auf einer Störung des obenerwähnten Gesetzes der conträren Innervation beruhen. Dr. Meltzer stellt die Theorie auf, dass bei Tabes die Hemmungsprocesse beeinträchtigt sind, und die Incoordination auf einer häufig gleichzeitigen Contraction der Antagonisten beruht. Ganz dieselbe Störung liegt auch häufig den gastrischen Krisen zu Grunde d. h. die verschiedenartigen Antagonistenpaare contrahiren sich gleichzeitig.

Discussion. Dr. Einhorn: Herr College Meltzer hat versucht, in die Pathologie der Gastralgie die Colik einzufügen, und ich glaube, dass entschieden Zustände vorhanden sind, wo es sich um Contractionen handelt, die die Schmerzen verursachen. Wir kennen ja schon seit langer Zeit die Zustände, die wir als Pylorospasmus bezeichnen. Aber im Grossen und Ganzen glaube ich, dass man diese Erklärung nicht auf alle Zustände von Gastralgie ausdehnen kann. Herr College Meltzer hat die Sache zu weit ausgedehnt, wenn er glaubt, dass bei Zuständen von Hyperacidität der Vorgang auch auf eine Magencolik zurückzuführen ist. Nun sollte man doch denken, dass da, wo es sich wirklich um eine Colik handelte, eine Verlangsamung der motorischen Zustände stattfinden sollte. Das ist aber im Grossen und Ganzen nicht der Fall. Wir finden oft genug Zustände, wo im Magen gar kein Inhalt da ist und doch Schmerzen auftreten; ich meine da haben wir keinen Grund, anzunehmen, dass es sich um eine Colik handelt. Wenn es sich um Colik handelt, haben wir immer gefunden, was den Reiz verursacht. Bei Nierencoliken ist es ein Steinchen, ebenso bei den Gallensteincoliken. Beim Magen kommen allerdings Zustände vor, bei denen sich der Pylorus zusammenzieht, aber diese Zustände sind selten. — Dr. Torek: Ich möchte fragen, ob Dr. Meltzer erklären kann, wie es kommt, dass die Ausdehnung der Därme bei Coliken so bedeutende Schmerzen macht, während andererseits der Darm unempfindlich ist gegen das Messer? — Dr. Mannheimer: Wie erklärt Dr. Meltzer die Wirksamkeit der Mittel, die gewöhnlich gegen Colik angewandt werden, Wärme, heisse Getränke, Morphium etc.? — Dr. J. Fraenkel: Der Vortrag des Herrn Dr. Meltzer berührt ein leider noch immer ziemlich brachliegendes Gebiet — das Gebiet der visceralen Neurologie. Es ist allerdings wahr, dass der Mechanismus der Hemmungen für das organische Leben von vitaler Wichtigkeit ist. Verglichen mit der Genese cerebro-spinaler Spasmen und Lähmungen, liessen sich in dem Gesetze, das Dr. Meltzer aufgeführt, Analogien sehen mit ähnlichen Störungen der visceralen Innervation — der Innervation der unwillkürlichen Musculatur. Viscerale Schmerzen sind evident doch nur ausschliesslich sensible Phänomene. Es ist angebracht, sich hier die Frage vorzulegen, wie die Nervenfasern

von Hohlmuskeln sich den so grossen Schwankungen des Volumens dieser Gebilde anpassen. Für die Fasern des Uterus ist nachgewiesen worden, dass die korkzieherartig aufgewunden daliegen. Das suggerirt eine mögliche Erklärung. Anerkanntermaassen ist jede motorische oder besser gesagt, centrifugale Function nicht autochton i. e. eine motorische oder centrifugale Function ist immer durch eine sensible oder centripetale Function ausgelöst. Das erste also was bei einer visceralen Colik entsteht, ist wahrscheinlich die Dehnung von sensiblen Fasern bis nahe an die Grenze ihrer Dehnungsfähigkeit. Das löst dann reflectorische centrifugale Function aus: Krampfhafte Contractur, Hypersecretion u. s. w. Das von Dr. Meltzer aufgeführte Gesetz liesse sich nicht ungezwungen übertragen zur Erklärung des Entstehens der Schmerzen bei Herzkrankheiten heranziehen. Aehnlich Phenomene, verursacht durch organische Erkrankungen des cerebro-spinalen Nervensystems, haben eine andere Genese. — Dr. S. J. Meltzer (Schlusswort): Um zunächst an die Bemerkung von Dr. Fraenkel anzuknüpfen, so ist es selbstverständlich, dass Schmerzen sensibler Natur sind, nur kann der Druck, welcher den Schmerz veranlasst, nur durch eine motorische Thätigkeit bewirkt werden. Wenn ich Dr. Fraenkel richtig verstanden habe, so sagte er, die starke Dehnung verursache einen Druck auf die sensiblen Fasern. Das ist nicht viel anders, als was ich gesagt habe. Die Frage von Dr. Torek, warum, wenn eine Dehnung des Darmes Schmerzen verursacht, der Darm doch unempfindlich gegen das Messer ist, richtet sich nicht gegen meine Anschauung allein, sondern überhaupt gegen die Existenz von Darmschmerzen, die aber doch keine Theorie, sondern eine Thatsache ist. Die Frage von Dr. Mannheimer, ob durch Magenkrämpfe Veränderungen zu Stande kommen und zwar anatomische Veränderungen, muss ich mit nein beantworten. Das Wesen von functionellen Magenkrämpfen besteht darin, dass sie meistens zu keinen anatomischen Veränderungen führen. Das beantwortet auch die Frage von Dr. Einhorn. Wir sehen oft Patienten, die jahrelang Magenkrämpfe haben, ohne dass bei ihnen irgendwelche anatomische Störungen zurückbleiben. Es handelt sich in diesen Fällen um vorübergehende, rein functionelle Störungen. Uebrigens habe ich nicht erwartet, dass Sie ohne Weiteres mit mir übereinstimmen werden. Mein Bestreben war, eine Grundidee, die ich für richtig halte, weiter zu verbreiten zu versuchen, und zwar nicht nur dieser Idee wegen allein, sondern hauptsächlich auch wegen eines allgemeinen Grundprincipes. Alle unsere medicinische Vorstellungen sind bis jetzt wesentlich anatomischer Natur gewesen, und es ist seit langer Zeit mein Bestreben gewesen, bei irgend einer zulässigen Gelegenheit functionelle Vorstellungen einzuführen zu versuchen. Ich wäre schon zufrieden wenn bei solchen Gelegenheiten der eine oder andere dazu veranlasst werden könnte, über

die aufgeworfene Frage näher nachzudenken. Der eine oder der andere würde dann bald einsehen, dass die hier erörterten Probleme von einem einheitlichen physiologischen Gesichtspunkte aus gelöst werden können.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Sekretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

Sitzung vom 23. Januar 1903.

Vorsitzender: Dr. G. Langmann.

Vorstellung von Patienten.

Dr. W. Meyer stellt eine Patientin vor, die seit langem an schweren ulcerativen Processen im Colon leidet und bereits sehr heruntergekommen war. Die Pat. giebt eine exquisite luetische Vorgeschichte und werden die Ulcerationen im Dickdarm und Rectum als solche luetischen Ursprungs angesehen. Um die Schleimhaut des Dickdarms mit Sicherheit mit medicamentösen Mitteln in Berührung zu bringen, wurde die „Appendicostomie" nach Weir ausgeführt. Mit Hülfe eines Nelatoncatheters, werden von der Oeffnung im Appendix aus, der in die Wunde eingenäht ist, die Darmspülungen vorgenommen. Pat. hat sich ausserordentlich gut erholt.

Discussion. Dr. Rudisch redet der alten bewährten Methode der hohen Einläufe sehr das Wort, indem er behauptet, man könne den Dickdarm gerade so gut von unten aus bespülen, wie mit Hülfe dieser Operation. Er glaubt die hohen Eingiessungen würden von den Aerzten nicht energisch genug ausgeführt. Er empfiehlt dazu Lösungen von Thymol 1:1000, Menthol 1:1000 oder schwache Lösungen von anderen aetherischen Oelen, wie Ol. foenicul. Später Adstringentien. — Dr. Torek glaubt, es sei in solchen Fällen rathsam, noch einen Anus praeternaturalis anzulegen, um den Darm ruhig zu stellen. — Dr. A. Jacobi scheint es nicht wahrscheinlich, dass diese Methode auch bei der Colitis membranacea viel helfen würde, weil man es in diesen Fällen meist mit schwer neurotischen Individuen zu thun hat, denen eine Oeffnung im Darm auch nicht viel hilft. Er empfiehlt ebenfalls hohe Eingiessungen mit sehr verdünnten Lösungen von Argent. nitr. — Dr. Langmann frägt, ob die Patientin in ihrem Leben einer energischen antiluetischen Cur unterworfen war. Wenn dies der Fall sei, so könne man auch daran denken, dass die Ulcerationen durch intensive Quecksilberbehandlung hervorgerufen sei. Er glaubt, die Operation erlaube eine sichere Application

medicamentöser Lösungen. — Dr. Meyer scheint es zweifelhaft ob man in jedem Falle, selbst in der Knie-Ellenbogenlage, mit Spülungen vom Rectum aus die Valvula Bauhini erreichen könne. In nicht sehr heruntergekommenen Patienten würde er die bekannten Methoden erst versuchen. Aber in einem derartigen Falle hält er die Operation für indicirt.

Demonstration von Präparaten.

1. Dr. Adler stellt ein Aneurysma dissecans aortoe traumaticum vor. 35jähriger, angeblich gesunder Mann, erleidet 7 Monate vor Aufnahme ins Deutsche Hospital einen Fall, bei dem er eine Nasenfractur erlitt. Später entwickelte sich eine pulsirende Geschwulst in der Brust, die enorm rasch wuchs. Patient starb kurze Zeit nach seiner Aufnahme. Bei der Section fand sich ein Riss in der Aortenwandung. Die Intima zeigte exquisite Endaortitis luetica. Dr. Adler beschuldet das Trauma als directe Ursache der Entstehung des Risses.

2. Ein metastatisches Carcinom der Pleura nach Ovarialcarcinom. Sehr interessant ist in diesem Falle eine Metastase in der Wandung des Ileum, die das Lumen bis auf einen kleinen Schlitz verengert hatte. Trotzdem hatte die Patientin ausser leichter Verstopfung, die leicht auf Abführmittel gehoben werden konnte, nie ernste Ileuserscheinungen.

3. Magen mit Ulcus ventric. an der hinteren Wandung in der Nähe der Cardia. Patient hatte enorme Blutungen und war fast exsanguinirt, als Dr. Adler ihn sah. Zwei Chirurgen hatten operative Intervention wegen des schlechten Zustandes des Patienten abgeschlagen. Dr. Adler stellte an die Chirurgen die Frage, ob es möglich wäre, für diese Fälle chirurgisch etwas zu thun.

4. Dr. A. Jacobi zeigt einen ungefähr viermonatlichen Embryo mit Cystenniere.

Discussion. Dr. Schwyzer hat 25—30 Fälle secirt, die ebenfalls auf Traumen zurückgeführt wurden, bei denen aber immer Lues nachweisbar war. Er glaubt nicht, dass das Trauma direct als Ursache betrachtet werden könne. — Dr. A. Jacobi misst dem Trauma grössere Wichtigkeit in der Aetiologie der Aneurysmen zu als Dr. Schwyzer. — Dr. Mannheimer erinnert an seinen in seiner Inaug. Dissert. beschriebenen Fall von Ruptur des Aneurysma, in welchem das Trauma als Ursache erwiesen sei. Die Media war in diesem Falle eingerissen. — Dr. A. Jacobi fragt, ob es ein wirklicher Riss oder nur ein angeborener Defect gewesen sei. — Dr. Schwyzer glaubt nicht an die Zerreissung als primären Factor. — Dr. Adler glaubt, dass in diesem Falle bereits eine schwer erkrankte Aorta bestanden hat und der Mann sein Aneurysma „dissecans" durch das Trauma

bekommen hat, er hätte wahrscheinlich ein sackförmiges Aneurysma ohne Trauma auch bekommen. — Dr. Moschcowitz befürwortet bei gefahrvollen Magenblutungen chirurgische Intervention. Er sieht nicht ein, warum ein Geschwür an der Hinterwand des Magens unzugänglich sein sollte. — Dr. Schwyzer behauptet, dass unter Umständen das Auffinden eines Magenulcus an der Hinterwand selbst bei der Section schwierig sei, wie viel mehr noch bei der Operation. — Dr. Jacobi möchte gegen die Idee protestiren, dass alle Magenblutungen chirurgische Intervention forderten. — Dr. Torek weist auf die Schwierigkeit der Diagnose und der Operation hin. — Dr. Mannheimer fragt an, wie die Herren zur innerlichen und subcutanen Administration von Gelatine stehen? — Dr. Adler berichtet über einen Fall mit profuser Blutung, der mit Gelatineinjectionen behandelt war. Die Blutung kam zum Schluss, aber die Patientin ging einige Tage darauf an Tetanus zu Grunde. Die Behandlung mit Tetanus-Antitoxin war ohne Erfolg.

Sitzung vom 27. Februar 1903.

Vorsitzender: Dr. Schwyzer.

Dr. Sarah Welt stellt einen Fall von amaurotischer familiärer Idiotie vor. Das Kind ist das 3. Kind der Mutter. Geburt war nicht schwer. Das Kind entwickelte sich zuerst normal, nach einigen Monaten stellten sich die ersten Anzeichen der Erkrankung ein. Jetzt ist das Kind 2 Jahre und 8 Monate alt. Es ist ausgesprochen marastisch. Es besteht Unfähigkeit, den Kopf aufrecht zu erhalten. Die Reflexe sind erhöht, die Sehkraft geschwunden. Der Augenbefund zeigt den characteristischen kirschrothen Fleck in der Nähe der Macula lutea mit Atrophie des Nervus opticus. Es ist das zweite Kind, das in der Familie an dieser Krankheit leidet.

Dr. B. Sachs stellte ein einjähriges Mädchen vor als weiteren Beitrag zur amaurotischen familiären Idiotie. Bei der kleinen Patientin war das Krankheitsbild, wie es vom Vortragenden vor Jahren entwickelt wurde, deutlich vorhanden. Nur ist das Kind vorläufig noch gut ernährt und zeigt noch keine Andeutung von dem Marasmus, dem diese Kranken gewöhnlich vor Ende des zweiten Lebensjahres verfallen. Das Kind ist erblindet und zeigt den typischen Augenbefund, ist völlig theilnahmlos. Vortragender betont die relative Häufigkeit dieser Fälle (er habe in den letzten 4 Monaten 3 weitere Fälle gesehen) und bespricht die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei dieser Erkrankung. Es handelt sich um eine Entwicklungshemmung, die zu einer Degeneration der grauen Substanz des ganzen Centralnervensystems, wie das zur Genüge hauptsächlich durch die Ar-

beiten von Hirsch und vom Vortragenden erwiesen worden sei, führt. Das grösste Räthsel sei aber noch, warum gerade Kinder jüdischer Abstammung fast ausschliesslich von dieser schweren Erkrankung befallen werden.

Dr. Jäger stellt einen Fall von Hemihypertrophie des Körpers bei einem kleinen Jungen vor und eine congenitale Luxation der Patella nach aussen bei einem erwachsenen Mädchen.

Dr. W. Meyer stellt eine Frau vor, die von ihm wegen eines Obturationsileus operirt worden war. Bei der Operation fand sich ein obturirendes Carciom der Flexura sigm. Beide Ovarien waren degenerirt und wurden daher mit extirpirt. Eventration. Da Entfernung des Tumors nicht möglich war, Eröffnung des Darmes und Entleerung des gestauten Inhalts, dann Ileo-Colostomie. Pat. war nach der Operation septisch. Puls 160—170. Temperatur 106 und 107°. Dennoch erholte sich Patientin und hat jetzt 30 Pfund zugenommen. Vortragender will bei dem nächsten derartigen Fall zunächst eine Appendicostomie machen, um den gestauten Inhalt zu entleeren, da er glaubt, dass eine geringe Entleerung für den Anfang genügt. Die Untersuchung der Ovarien ergab Carcinom.

Ein Fall von Oesophagusstenose in Folge von Schlucken von Aetzkalilösung. Geheilt durch Gastrostomie und Sondirung mit den Dannau'schen Sonden.

Discussion zu den Fällen von amaurotischer familiärer Idiotie. Dr. Schwyzer fragt, ob der Marasmus in diesen Fällen dieselben von den Fällen von Meningitis mit nachfolgender Erblindung unterscheidet? — Dr. Sachs erwähnte die Meningitis nur in so fern als diese Fälle oft mit Meningitis verwechselt werden. — Dr. Heiman frägt, ob der Augenbefund in diesen Fällen für die Diagnose ausschlaggebend sei. — Dr. Meyer fragt, ob es sich um einen acut entzündlichen oder degenerativen Process handelt. — Dr. Sachs antwortet, dass er 3 Sectionen derartiger Fälle gemacht habe. Dr. Hirsch hat einen Fall genau untersucht und beschrieben. Der Process betrifft die ganze graue Substanz des centralen Nervensystems und auch der peripheren Nerven. Es war in allen Fällen ein degenerativer Process, vielleicht in Folge irgend eines noch unbekannten Toxins. Einige Autoren wollen die Muttermilch anschuldigen. Nun erkranken aber Kinder, die nie von der Mutter genährt waren. — Dr. Adler kann sich mit der Idee der Entwicklungshemmung nicht befreunden. Ihm scheint es klar zu sein, dass wir etwas sicher Congenitales nicht nachweisen. Die toxische Theorie passt auch nicht für die meisten Fälle, da wir kein Toxin nachweisen können. Wir wissen eben noch nicht genügend über diese Sachen. — Dr. Schwyzer glaubt, dass das Krankheitsbild eine Aehnlichkeit mit der progressiven Paralyse

habe. — Dr. Sachs antwortet, dass in unseren besprochenen Fällen hauptsächlich die graue Substanz erkrankt sei, dieses unterscheide sie von der progr. Paralyse.

Dr. Vineberg bemerkt zu Dr. Meyer's Fall, dass es manchmal auch für die Pathologen sehr schwer sei zwischen Malignität und Benignität eines Tumors zu unterscheiden. Manchmal berichteten die Pathologen „malign", und doch liess der weitere Verlauf der Fälle erkennen, dass die Gschwulst gutartiger Natur gewesen sei. — Dr. Meyer glaubt, dass es sich in diesem Falle sicher um eine bösartige Geschwulst handelt. — Dr. Einhorn hat der Fall von Oesophagusstenose sehr interessirt. Er hat eine ziemliche Anzahl Fälle von benigner Strictur gesehen und behandelt. Interessant davon ist der Fall eines 75jährigen Mannes, dessen benigne Strictur durch einige Bougierungen geheilt wurde. — Dr. Northrup sagt, dass er nur sehr selten benigne Oesophagusstricturen gesehen sabe. Ihm ist es auffallend, dass die Erkrankung hier seltener als in Europa zu sein scheint. Er glaubt, dass vielleicht die Billigkeit der Seife die Leute hier abhält, andere Chemikalien für Reinigungszwecke zu Hause zu halten. — Dr. Knapp berichtet ebenfalls über einen Fall von Oesophagusstenose. — Dr. H. Fischer fragt, ob es sich in dem Falle des 75jährigen Herrn nicht vielleicht um einen nervösen Spasmus gehandelt haben könnte, da das prompte Verschwinden nach einigem Bougieren doch recht auffallend sei. — Dr. Einhorn antwortet, dass man in diesem Falle die Diagnose leicht stellen konnte, da weder grosse noch kleine Bougies passirten. Die nervösen Spasmen lassen kleine Bougies nicht passiren, während man mit grösseren durchkommt. — Dr. Meyer theilt noch einen Fall mit, an dem er vor Jahren die innere Oesophagotomie gemacht hatte. Alles ging gut bis zum dritten Tage. Dann wurde der Patient pyämisch und ging zu Grunde. Die Operation war mit einem Urethrotom gemacht worden.

Sitzung vom 27. März 1903.

Vorsitzender: Dr. Schapringer.

Dr. S. Welt stellt ein Kind von 7½ Monaten vor, das an Spasmus nutans und Nystagmus leidet. Vom 3. Lebensmonat an Zwangsbewegungen. Der Spasmus nutans ist intermittirend, besonders deutlich wenn das Kind einen Gegenstand fixirt. Beim Verbinden der Augen hört der Spasmus auf. Das linke Auge zeigt den Nystagmus stärker. Prognose ist günstig. Therapie: Phosphor und helle Räume.

Dr. A. Jacobi stellt ein Kind vor, welches von Dr. Francis Huber zur Demonstration geschickt ist und das an Polyen-

cephalitis leidet. Das Kind ist 18 Monate alt. Mehrere Zähne im Ober- und Unterkiefer, von denen einige cariös sind. Am Halse viele Drüsen. Steifigkeit der Beine, keine Equino-varus-Stellung. Hauterscheinungen an den oberen Extremitäten. Schrunden an den Lippen und Eczem. Leichte Facialisparalyse rechts. Rechte und linke obere Extremität pronirt, steil, Daumen eingeschlagen. Finger ganz gut beweglich. Besonders interessant ist das rechte Handgelenk, das stark luxirt ist. Ulna hervorragend, Carpus kleiner. Die Frage ist, ob diese Luxation bedingt ist durch die paralytische Contractur. Dr. J. glaubt, dass diese Luxation eine Complication ist, die von der Nervenerkrankung unabhängig ist, da links die gleiche Contractur vorhanden ist ohne Luxation. Die Luxation ist wahrscheinlich bedingt durch congenitalen Defect zweier Metacarpalknochen.

Dr. Mannheimer stellt einen Mann vor, der an Aorteninsufficienz leidet. Interessant ist das laute musicalische Geräusch.

Dr. Goodman stellt ein Mädchen vor, das an Otitis media purulenta gelitten hatte und bei dem wegen Erscheinungen von Pachymeningitis die Radicaloperation gemacht wurde.

Discussion zu Fall von Dr. S. Welt. Dr. Rudisch erwähnt einen Fall, der vor Jahren in Dr. Jacobi's Office gebracht wurde; das Kind litt an einem eigenthümlichen Spasmus und Nystagmus. Dr. Rudisch liess die Augen verbinden und der Spasmus hörte sofort auf. Dr. R. schlägt vor, dies zu einer therapeutischen Methode zu erheben und den Kindern für längere Zeit die Augen zu verbinden. — Dr. Schapringer glaubt, dass es schwierig sei, ein Kind mit verbundenen Augen ruhig zu halten, ausserdem befürchtet er, dass sich eine Bindehautentzündung einstellen würde. — Dr. A. Jacobi sagt, dass diese Krämpfe die verschiedenste Ursache haben, sie können central oder durch Rachitis bedingt, oder eine Muskelerkrankung sein. Er weiss in diesem Falle nicht, was er thun soll. Man kann diese Fälle nicht alle mit denselben Mitteln behandeln. — Dr. Gutmann fragt, ob der Spasmus nutans oder der Nystagmus das primäre sei. Es scheint ihm, dass der Nystagmus die Veranlassung des Rotationskrampfes sei. — Dr. P. Friedenberg glaubt, dass der Spasmus nutans von der Fixation der Augen abhängt. Er hält den Zustand für eine Insufficienz der Halsmuskulatur mit Compensationsbewegungen. — Dr. Schapringer glaubt nicht, dass man den Nystagmus als Compensationsvorgang auffassen dürfe. — Dr. Jordan sagt, dass man bei der Radicaloperation des Warzenfortsatzes durch Reizung des horizontalen Bogenganges Nystagmus auslösen könne.

Dr. Wiener sagt, dass er eine Pachymeningitis in Dr. Gutmann's Fall für nicht erwiesen halte. Die Eiterung war bis zur

Dura mater vorgedrungen, mit Bildung eines extraduralen Abscesses, die ja bei Mastoiditis nicht selten sind. — Dr. P. Friedenberg glaubt, dass Extraduralabscesse nicht ganz so häufig sind, wie Dr. Wiener zu glauben scheint; er fragt, ob der Eiter untersucht ist. — Dr. Jordan glaubt, dass die kleinen Extraduralabscesse nicht selten sind, die grossen trifft man allerdings nicht so oft. — Dr. Gutmann sagt, dass zwischen extraduralem Abscess und Pachymeningitis nur ein gradueller Unterschied bestehe. In seinem Falle lässt ihn die Grösse der erkrankten Duraflächen etc. die Diagnose Pachymeningitis purul. festhalten.

Dr. Rudisch spricht dann über die Anwendung der d'Arsonval-Tesla'schen Ströme in der Therapie, nachdem er vorher kurz die Anordnung der d'Arsonval'schen Versuche berührt hatte.

Dr. H. Fischer, Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber ein neues harnsäurelösendes Mittel, *Urosin*, spricht sich v. Lange in Budapest sehr günstig aus. Die sehr günstigen Erfolge, welche Weiss mit dem Urosin (climasucres Lithium, ein Product der vereinigten Chininfabriken Zimmer & Cie., Frankfurt a. M.) bei Behandlung der Gicht erzielte, unter dessen Wirkung die Anfälle rascher abliefen, die Intensität und Dauer des Schmerzes sowie die Anschwellung wesentlich geringer wurden und auch die Beweglichkeit der Gelenke rascher sich einstellte, veranlassten Lang, das Urosin bei Gicht in Anwendung zu bringen. Auch Lang bestätigt die ersprossliche Wirkung des Urosins, das besonders als schmerzstillendes Mittel ausgezeichnete Dienste leistet. Gute Erfolge von Urosin verzeichnen überdies v. Noorden, Kempercr, v. Leyden u. a.

Das Urosin wird in verschiedener Form in den Handel gebracht, u. zw. als Urosineffervescens (wovon ein Kaffeelöffel beiläufig 1 g Urosin entspricht), als 50procentige wässerige Lösung (welche Patienten verordnet werden kann, denen die Verabreichung von Zucker verboten ist) und als Urosin-Tabletten, deren jede 0.5 g Urosin und ebensoviel Zucker enthält. Die Dosis beträgt in acuten 6—10, in chronischen Fällen und prophylactisch vier Stück pro die. Infolge seines angenehmen Geschmackes und der exacten Dosirung wurde das Urosin von sämmtlichen Autoren in dieser Form verordnet.

Schliesslich wurde auch die Lippspringer natürliche alkalische calciumhältige Stahlquelle mit Zusatz von 4procentigem Urosin unter dem Namen Urosin-Kalk-Stahlwasser in den Handel gebracht und diese Mischung v. Rhoden, v. Noorden als sehr wirksam anempfohlen. (Klin. therap. Wochenschr., No 9, 1903.)

— Ueber *Apenta-Bitterwasser* äussert sich J. N. Love in folgender Weise: Prompt abführend wirkt Apenta, — aber nicht drastisch. Es verträgt sich gut und regt die Thätigkeit der Absonderungsdrüsen an. Apenta hat den Vortheil, dass es den Darm nicht in jenem schwachen, erschöpften Zustand lässt, welcher fortgesetzte Obstipation zur Folge hat. Häufig kann mit einer ganz kleinen Dosis von Apenta — etwa ¼ bis ½ Wasserbecher, des Morgens beim Aufstehen genommen — eine gründliche Reinigung des Darmcanals erzielt werden, wenn man vor und nach dem Bitterwasser heisses Wasser trinkt. (Medical Mirror, März 1903.)

Kleine Mittheilungen.

— Die *Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York* erwählte in ihrer Decembersitzung die folgenden Beamten für das Jahr 1904: Dr. H. J. Boldt Präsident; Dr. F. J. Leviseur Vicepräsident; Dr. John A. Beuermann, protocollirender Secretär; Dr. A. Ripperger, stellvertr. protocollirender Secretär; Dr. Hermann Bocker, correspondirender Secretär; Dr. S. Breitenfeld, Schatzmeister. Aufnahme-Comité: Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. W. Freudenthal, Dr. G. W. Jacoby, Dr. J. A. Schmitt und Dr. M. Einhorn.

Das *Stiftungsfest* der Gesellschaft wurde am 12. December durch einen Commers gefeiert, der bei einer grossen Zahl von Theilnehmern in glänzender Weise verlief. Das Präsidium während des officiellen Theiles des Commerses führte Dr. A. Ripperger, bei der Ex-Kneipe hatte Dr. Carl Pfister den Vorsitz. Reden wurden gehalten von dem Präsidenten der Gesellschaft Dr. H. J. Boldt (Begrüssung der Theilnehmer), von Dr. Carl Beck, Dr. F. J. Leviseur und von Prof. Dr. William Hallock von Columbia-University (im Namen der Gäste).

— Die *Deutsche Medicinische Gesellschaft von Chicago, Ill.*, hielt in der ersten Sitzung des laufenden Semesters Beamtenwahl ab, die zu folgendem Ergebniss führte: Dr. Carl Doepfner, Vorsitzender; Dr. G. Schirmer, stellvertr. Vorsitzender; Dr. L. H. Abele, Schriftführer; Dr. E. Sauerhaus, Schatzmeister; Dr. E. Ries, Beisitzer.

— Im Verlage von August Hirschwald in Berlin erscheinen mit Beginn des Jahres 1904 die *„Folia haematologica"*, internationales Centralorgan für Blut- und Serumforschung, herausgegeben und redigirt in Verbindung mit einer Reihe der namhaftesten Autoren auf dem betr. Gebiete von Dr. Arthur Pappenheim. Es wird darin die gesammte einschlägige haematologische Literatur aller Länder schnellstens durch ein ganz eigenes System der Berichterstattung referirt werden und zwar in den drei Weltsprachen deutsch, englisch oder französisch, je nach Nation oder Neigung des jeweiligen Referenten. Die Folia haematologica sollen daneben auch thunlichst kurze Originalartikel und zwar vorwiegend Sammelreferate bringen und werden in Heften zu 3—4 Bogen monatlich zum Preise von 26 Mark pro Jahrgang erscheinen.

— *Verzogen*: Dr. Edward Lowenbein nach 317 Ost. 10. Strasse.